Rapport annuel de gestion

2012 - 2013

Rapport annuel de gestion 2012-2013
Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata
Adopté par les membres du conseil d'administration.
Le 12 juin 2013

Table des matières

Message de la vice-présidente et de la directrice générale **4**
Déclarations **5**
Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion de l'établissement et des contrôles afférents 5
Rapport de la direction 5
Présentation de l'établissement **6**
La mission 6
L'entité légale et l'organigramme 6
Organigramme 7
Caractéristiques de la population et données de santé 8
Activités de l'établissement **10**
Description des services offerts 10
Les résultats au regard du plan stratégique et de l'entente de gestion et d'imputabilité 11
Réalisations et enjeux par direction 11
Résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité 15
Loi visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette 16
L'Agrément 17
Sécurité des soins et services 18
Rapport du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services 19
Évaluation de la satisfaction de la clientèle 20
Conseils ou comités de l'établissement créés en vertu de la Loi **21**
Liste des membres du conseil d'administration 21
Les Comités 21
Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers 22
Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens 23
Comité Paraclinique 24
Comité exécutif du conseil multidisciplinaire 25
Comité des usagers 26
Comité de vigilance et de la qualité 27
Unité de coordination en éthique 28
Comité de gestion des risques 29
Comité de prévention et contrôle des infections nosocomiales 30
Ressources humaines de l'établissement **31**
États financiers et analyse des résultats des opérations **32**
Rapport statistique 33
État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant 35
Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration **37**
Fondation du CSSS de Témiscouata **41**
Annexe A **43**
Annexe B **47**

Message de la vice-présidente et de la directrice générale

L'année 2012-2013 a constitué une année de consolidation de plusieurs dossiers majeurs. Mentionnons en particulier l'adoption de la planification stratégique 2012-2015, le cadre de référence sur l'amélioration continue de la qualité et le plan de communication.

Au cours de la dernière année, nous avons travaillé à établir des bases solides pour poursuivre et améliorer l'offre de services en santé et services sociaux de la MRC de Témiscouata. Aussi les travaux préparatoires à la visite d'Agrément Canada prévue en mai 2013 se sont poursuivis et des efforts particuliers ont été investis sur le plan des communications afin de mieux soutenir la mobilisation du personnel autour de l'amélioration continue de la qualité et l'actualisation des pratiques organisationnelles requises. Les résultats des sondages sur la mobilisation du personnel, ainsi que les excellents résultats concernant la satisfaction des usagers ont confirmé l'amélioration de la performance de l'établissement.

Encore cette année, des efforts importants ont été déployés pour atteindre l'équilibre budgétaire compte tenu d'une situation financière très fragile. Les défis rattachés à cette situation seront encore plus préoccupants au cours des prochaines années. L'établissement a également poursuivi la réalisation de plusieurs projets d'optimisation et effectué des démarches de type *Lean management* dans au moins cinq secteurs : Accueil-évaluation–orientation, pharmacie, urgence, ressources humaines et hébergement. L'actualisation de l'entente de services partagés avec le CSSS des Basques concernant la direction des ressources humaines s'est poursuivie.

Le conseil d'administration a complété une première année de mandat suite aux changements légaux de l'an dernier. Il a mis en place son comité de gouvernance et d'éthique et procédé aux modifications de mandat de son comité de vérification pour inclure l'évaluation de la performance de l'établissement et la gestion intégrée des risques. Il a également eu à adopter des modifications au plan d'organisation et nommer les titulaires des nouvelles fonctions des cadres supérieurs, dont le mandat a été modifié.

Des changements ont eu lieu parmi les officiers du conseil d'administration. En effet, M. Guy Raymond a quitté ses fonctions de président au début de 2013 à cause de ses obligations professionnelles tout en demeurant membre du conseil d'administration et en continuant à assurer son soutien aux nouveaux officiers. Nous en profitons pour remercier M. Raymond de son implication à titre de président et nous sommes heureux de pouvoir continuer à profiter de son engagement pour l'amélioration de la qualité et de la pérennité des services de santé et de services sociaux du Témiscouata.

Pour 2013-2014, nous aurons la visite d'Agrément Canada dont les résultats nous guideront dans la poursuite de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des services. Nous souhaitons poursuivre l'intégration des outils du *Lean* pour l'optimisation des services associés à l'implantation d'une approche globale d'humanisation de type *Planetree*. De plus, le suivi d'indicateurs de performance et l'évaluation de nos projets devront être soutenus par des tableaux de bord enlignés sur notre planification stratégique. Nous avons également à faire face à des défis budgétaires considérables associés à la préservation de l'offre de services à la population de notre réseau local.

Pour relever tous ces défis, le CSSS de Témiscouata peut compter sur un personnel et des médecins mobilisés et engagés et sur une équipe de gestionnaires motivée et compétente. Nous remercions également nos partenaires qui participent à l'accomplissement de notre mission.

Thérèse Viel
Directrice générale

Nathalie Dubé
Vice-présidente

Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion de l'établissement et des contrôles afférents

À titre de directrice générale, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2012-2013 du CSSS de Témiscouata :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2013.

Thérèse Viel
Directrice générale

Rapport de la direction

Les états financiers du CSSS de Témiscouata ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dan le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du CSSS de Témiscouata reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Raymond, Chabot, Grant, Thornton dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond, Chabot, Grant, Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Thérèse Viel
Directrice générale

Gaston Madore
Directeur des services financiers, techniques et informationnels

Présentation de l'établissement

La mission

« Rendre accessible à la population du territoire, de façon équitable et continue, la gamme la plus complète possible de services de promotion-prévention, santé et de services sociaux de base, généraux et spécialisés. Dispenser ces services en différents lieux et le plus près possible des communautés et des milieux de vie de la MRC et ce, en complémentarité et en continuité avec les partenaires et organismes aux niveaux régional et provincial »

L'entité légale et l'organigramme

Siège social

Hôpital de Notre-Dame-du-Lac	58, rue de l'Église Témiscouata-sur-le-Lac (Québec) G0L 1X0	CH	Soins généraux et spécialisés 35 lits de santé physique Urgence Consultations externes

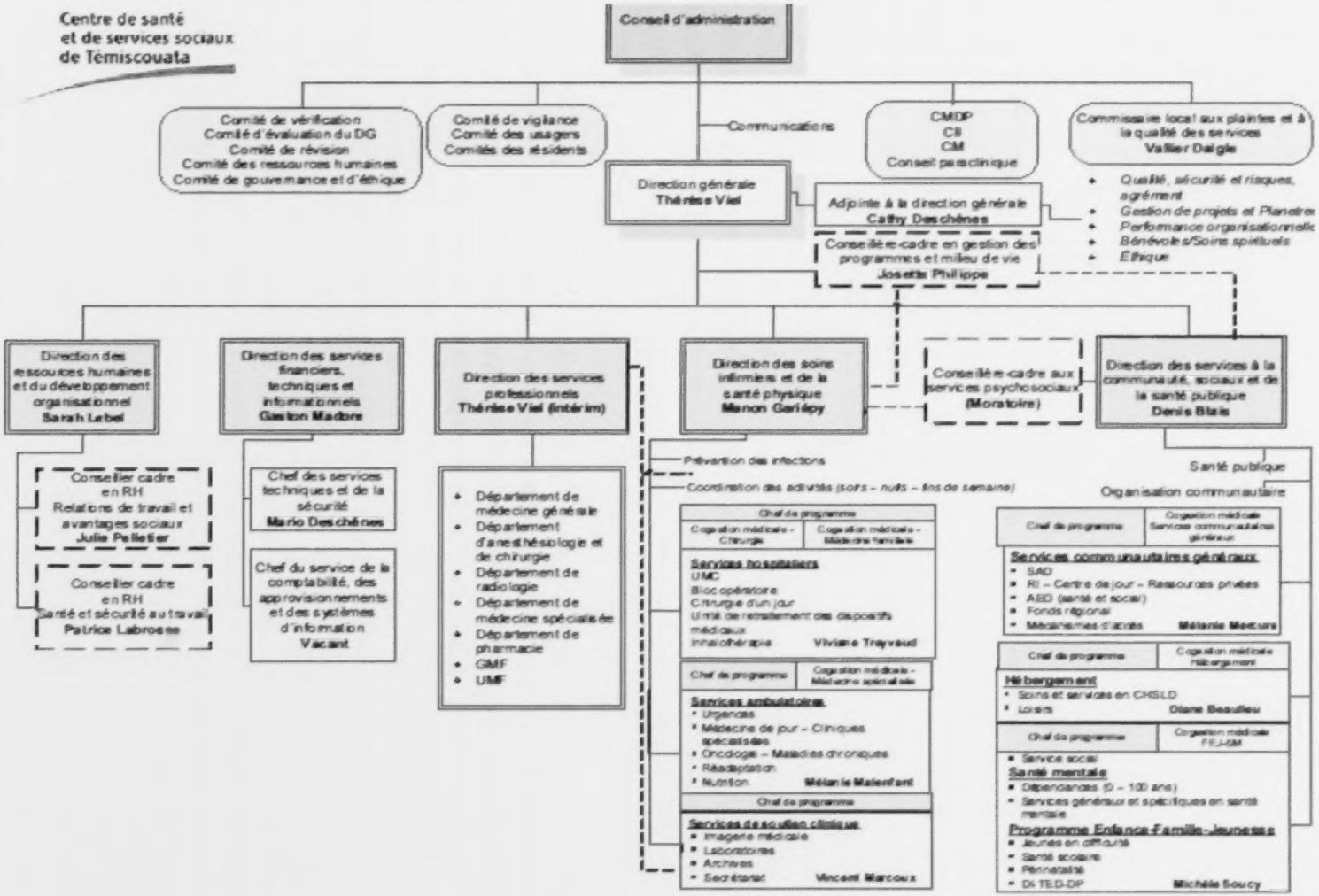
Centres d'hébergement

Centre d'hébergement de Rivière-Bleue	45, rue du Foyer Rivière-Bleue (Québec) G0L 2B0	CHSLD	43 lits d'hébergement permanent 1 lit d'hébergement temporaire
Centre d'hébergement de Squatec	10, rue Saint-André Squatec (Québec) G0L 4H0	CHSLD	23 lits d'hébergement permanent 1 lit d'hébergement temporaire
Centre d'hébergement de St-Louis-du-Ha! Ha!	25, rue Saint-Philippe St-Louis-du-Ha! Ha! (Québec) G0L 3S0	CHSLD	42 lits d'hébergement permanent 1 lit d'hébergement temporaire

CLSC

CLSC de Dégelis	103, 7e rue Dégelis (Québec) G5T 1Y6	CLSC	
CLSC de Pohénégamook	1922, rue Saint-Vallier Pohénégamook (Québec) G0L 1J0	CLSC	Urgence Consultations externes
CLSC de Cabano	33, rue Saint-Laurent Témiscouata-sur-le-Lac (Québec) G0L 1E0	CLSC	
CLSC de Lac-des-Aigles	69, rue Principale Lac-des-Aigles (Québec) G0K 1V0	CLSC	
CLSC de Rivière-Bleue	45, rue du Foyer Rivière-Bleue (Québec) G0L 2B0	CLSC	
Clinique médicale de Squatec	149-B, rue Saint-Joseph Squatec (Québec) G0L 4H0	CLSC	Consultations externes

ORGANIGRAMME



Caractéristiques de la population et données de santé

	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC (%)
0-17 ans	3 600	17,1%	33 766	16,8%	18,9%
12-17 ans	1 268	6,0%	11 502	5,7%	6,3%
18-64 ans	12 887	61,3%	125 414	62,3%	64,5%
12 ans et plus	18 680	88,9%	179 045	88,9%	87,4%
65 ans et plus	4 525	21,5%	42 129	20,9%	16,7%
75 ans et plus	1 941	9,2 %	18 555	9,2%	7,3%
0-4 ans	923	4,4%	9 389	4,7%	5,5%
5-9 ans	1 010	4,8%	9 267	4,6%	5,1%
10-19 ans	2 101	10,0%	19 493	9,7%	10,6%
20-29 ans	2 099	10,0%	21 933	10,9%	12,8%
30-39 ans	2 101	10,0%	22 255	11,1%	13,7%
40-49 ans	2 522	12,0%	24 118	12,0%	13,7%
50-64 ans	5 731	27,3%	52 725	26,2%	21,9%
65-74 ans	2 584	12,3%	23 574	11,7%	9,4%
75-84 ans	1 388	6,6%	12 575	6,2%	5,1%
85 ans et plus	553	2,6%	5 980	3,0%	2,1%
Total	21 012	100%	201 309	100%	100%
Naissances (2010)	160		1 878		88 436
Décès (2009)	225		1 886		58 043

Déterminants de l'état de santé	**RLS (n)**	**RLS (%)**	**BSL (n)**	**BSL (%)**	**QC (%)**
Habitudes de vie et comportements					
Excès de poids (IMC = 25,0 à 29,9, 18 ans et plus) [5]	5 958	33,8 %	55 727	33,9 %	32,8 %
Fumeurs réguliers et occasionnels [5]	4 560	24,0%	38 620	22,1 %	24,4%
Pris 5 consommations d'alcool ou plus au cours de la même occasion, 12 fois ou plus, pendant l'année ayant précédé l'enquête	3 853	25,2 %	26 728	19,0 %	20,5 %
Périnatalité	**RLS (n)**	**RLS (%)**	**BSL (n)**	**BSL (%)**	**QC (%)**
Mère – âgée de 20 ans et + et 10 ans et moins de scolarité / naissances totales	21	13,1 %	134	7,1 %	5,8 %
Mère – 10 ans et - de scolarité / naissances totales	24	15,0 %	159	8,5 %	7,0 %
Jeunesse	**RLS (n)**	**RLS (%)**	**BSL (n)**	**BSL (%)**	**QC (%)**
Signalements reçus / Total jeunes 0-17 ans	256	7,1 %	2 038	6,0%	5,1 %
Négligence et risque de négligence	43	41,7 %	366	46,2 %	42,3 %
Jeunes suivis à l'application des mesures / total jeunes 0-17 ans	69	1,9%	640	1,9 %	1,4%
Jeunes ayant fait l'objet d'une intervention LSPJA / total jeunes 12-17 ans	47	3,7 %	410	3,6 %	1,4%
Problèmes de santé et maladies chroniques	**RLS (n)**	**RLS (/100 000)**	**BSL (n)**	**BSL (/100 000)**	**QC (/100 000)**
Nouveaux cas de cancer (taux ajusté moyen sur 100 000 hab.) [14]					
Incidence du cancer du sein (moyenne 2006 à 2008)	21	160,8	175	147,4	138,9
Incidence du cancer du poumon (moyenne 2006 à 2008)	29	108,2	227	94,4	95,5
Incidence du cancer de la prostate (moyenne 2006 à 2008)	13	103,6	112	101,3	122,4
Incidence du cancer colorectal (moyenne 2006 à 2008)	19	69,9	183	75,3	69,7

Maladies chroniques (%)[5]					
Prévalence des allergies autres qu'alimentaires	4 420	23,3 %	39 790	22,8 %	24,7 %
Prévalence de l'hypertension	3 620	19,1 %	32 810	18,8 %	15,1 %
Prévalence de l'arthrite /rhumatisme	3 490	18,4 %	28 020	16,1 %	14,1 %
Prévalence de l'asthme	1 450	*6,8%	14 940	8,6%	8,6%
Prévalence des maladies cardiaques	1 200	*6,0%	11 880	6,8%	5,1%
Prévalence du diabète (20 ans et plus)[3]	1 332	6,3%	12 446	6,3%	7,6%
Prévalence de l'emphysème, bronchite chronique et BPCO	860	*4,5%	6 010	3,5%	3,3%

* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Santé physique	**RLS (n)**	**RLS (%)**	**BSL (n)**	**BSL (%)**	**QC (%)**
Taux d'occupation des lits (excluant gériatrie et psychiatrie)		96,2%		76,9 %	

Personnes de 65 ans et plus	**RLS (n)**	**RLS (%)**	**BSL (n)**	**BSL (%)**	**QC (%)**
Personnes recevant le supplément de revenu garanti (paiements actifs)[16]	2 696	63,3%	22 951	58,6 %	44,6 %
Personnes ayant bénéficié de services d'aide à la vie domestique par des entreprises d'économie sociale [4]	478	10,6%	4 425	10,5%	-
Personnes vivant en ménages privés [2]	3 330	87,2%	28 860	84,5%	90,5%

Personnes de 75 ans et plus	**RLS (n)**	**RLS (%)**	**BSL (n)**	**BSL (%)**	**QC (%)**
Taux d'hospitalisation toutes causes de courte durée[15]		37,2 %		36,0 %	31,0 %

Mortalité prématurée (moins de 75 ans)[6]	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC (%)
Traumatismes non intentionnels (moyenne pour 2007 à 2009)	6	7,7 %	42	6,6 %	5,2 %
Appareil respiratoire (moyenne pour 2007 à 2009)	4	5,1 %	42	6,6 %	5,7 %
Maladies du système nerveux (moyenne pour 2007 à 2009)	3	3,8 %	23	3,6 %	3,6 %

Lexique

IMC : Indice de masse corporelle
MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux
RLS : Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata
BSL : Bas-St-Laurent
QC : Québec

Source de données

[2] Statistique Canada, Recensement de 2006
[3] Institut national de santé publique du Québec, données de 2008-2009
[4] Rapports d'activités des entreprises d'économie sociale de la région du Bas-St-Laurent, 2009-2010
[5] Statistique Canada, Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2005 (population de 12 ans et plus, sauf avis contraire)
[6] MSSS, Fichier des décès, 2005-2009(espérance de vie 2007-2009)
[14] MSSS, Fichier des tumeurs, 2006 à 2008
[15] MSSS, Fichier Med-Echo, 2011-2012
[16] Service Canada, Données de la sécurité de la vieillesse pour 2011

Description des services offerts

- Services en CLSC :
  - Des services d'accueil, d'évaluation et d'orientation (Santé et social);
  - Des services médicaux et soins infirmiers courants;
  - Des services en jeunesse-enfance-famille;
  - Des services d'organisation communautaire;
  - Des services de soutien à domicile;

- Services hospitaliers et Urgences :
  - Des services d'anesthésie, de chirurgie générale et dentaire;
  - Des services diagnostiques;
  - Des services de médecine interne;
  - Des services d'urgence médicale et d'observation 24 heures;
  - Des services d'obstétriques;
  - Des services de médecine de jour;
  - Des services de pédiatrie;
  - Des services de courte durée gériatrique;
  - Des services de soins coronariens et intensifs;
  - Des services d'oncologie;
  - Des services de consultation médicale et spécialisés;
  - Des services de pharmacie;
  - Des services de vaccination de voyageurs;
  - Des services médicaux sur-spécialisés;
  - Des services d'accueil, d'évaluation et d'orientation (Santé et social);

- Services ambulatoires :
  - Des services de réadaptation;
  - Des services d'inhalothérapie;
  - Des services de nutrition.

- Services régionaux :
  - En déficience intellectuelle;
  - En déficience physique;
  - En protection de la jeunesse;
  - En alcoolisme et toxicomanie.

- Services régionaux hors MRC;

- Services d'hébergement de longue durée;

- Ressources intermédiaires, Ressource intermédiaire spécialisée;

- Centre de jour;

- Clinique médicale & Groupe de médecine familiale (GMF);

- Santé au Travail;

Les résultats au regard du plan stratégique et de l'entente de gestion et d'imputabilité

Réalisations et enjeux par direction

Direction générale

Réalisations	Enjeux et défis
• Préparation en vue de la visite d'Agrément Canada (engagement et professionnalisme des équipes) • Élaboration des lignes directrices en lien avec les communications • Plusieurs projets organisationnels ont été menés à terme • Appropriation de la planification stratégique • Respect de l'équilibre budgétaire 2012-2013 • Accueil des nouveaux membres du conseil d'administration • Mise en place du comité de gouvernance et d'éthique • Intégration de la culture de sécurité • Déploiement de la structure organisationnelle en éthique	• Formalisation et rigueur dans les communications • Promotion continue d'une culture de sécurité • Respect de l'équilibre budgétaire 2013-214 • Évaluation de nos résultats (indicateurs) • Intégration et diffusion des valeurs organisationnelles • Maintien actif des activités des équipes qualité • Appropriation des concepts liés à l'éthique à tous les niveaux

Direction des services professionnels

Réalisations	Enjeux et défis
• Évolution positive de la collaboration entre les médecins et les gestionnaires dans le contexte de l'absence d'un DSP • Tenue régulière de rencontres avec l'exécutif du CMDP et le comité de direction • Développement de quelques tandems médecin – gestionnaire administratif • Déploiement SARDM (ensacheuse et chariots de médicaments) • Satisfaction des médecins vis-à-vis les outils de recrutement médical (brochure)	• Poursuite de l'implantation du modèle de gouvernance médico-administratif • Comblement de la vacance au poste de directeur des services professionnels et ajustement de la structure organisationnelle en conséquence • Continuité dans le plan de mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments • Gérance des antimicrobiens • Centralisation et révision des ordonnances collectives • Gestion centralisée des vaccins • Augmentation du nombre de rencontres du Comité de pharmacologie • Obligations qui incombent à la directrice générale en l'absence du DSP

Direction des soins infirmiers et de la santé physique

Réalisations	Enjeux et défis

• Stabilisation des équipes aux laboratoires
• Réorganisation des heures de prélèvements pour l'été (CH)
• Réalisation du processus d'agrément
• Mise en place d'un transport journalier entre Pohénégamook et NDDL
• Ajout d'un équipement d'analyse urinaire à Pohénégamook
• Implantation des ECG numérisés
• Offre de formation PACS aux assistants
• Archives – Transcriptions : Élimination des retards (Délais de 7 jours pour la radiologie et 10 jours pour les spécialistes)
• Prêt de services au CSSS des Basques
  ○ Assistante chef laboratoires;
  ○ Archiviste
• Réaménagement physique des archives
• Uniformisation dans le classement des dossiers aux archives
• Consolidation du quart de soir pour la radiologie
• Ajout de plages horaire pour des TDM en radiologie
• Respect des cibles ministérielles des 24-48 heures aux urgences (Pohénégamook et NDDL)
• Maladies chroniques (demande de l'ASSS d'utiliser notre modèle)
• Réorganisation des postes de secrétaires, gestion du changement (leadership)
• Formation Posologic
• Préceptorat
• Collaboration soutenue au déploiement de SARDM
• Constat d'une belle chimie d'équipe
• Respect des cibles
• Capacité d'adaptation des gestionnaires
• Bloc opératoire (pas de liste d'attente)
• Révision des processus dans le continuum de chirurgie
	• Présentation de preuves supplémentaires à Agrément Canada
	• Mise en place et exécution des audits pour les POR
	• Départ d'un radiologiste
	• Implantation d'un équipement de fluoroscopie
	• Transcription numérique
	• Révision du calendrier de conservation
	• Mise à jour du registre régional
	• Admission (Orientations multiples, réorganisation du secrétariat, bâtir un agenda standard)
	• 24-48 heures au CLSC de Pohénégamook à maintenir
	• Déploiement du plan de débordement
	• Pénurie de personnel aux services de réadaptation
	• Transfert INR en médecine de jour
	• Horaire 24/7 des gestionnaires (coordonnatrices)
	• Consolidation des travaux en cours
	• Reconnaissance à obtenir de notre capacité à accueillir des usagers d'autres CSSS (Bloc opératoire)

Direction des services à la communauté, sociaux et de la santé publique

Réalisations	Enjeux et défis
• Implantation du guichet d'accès AEO • Mise en place du projet Entrain • Mise en place du programme Toxico (Alcool) • Élaboration d'un protocole pour personnes à risque suicidaire • Révision de notre implication dans l'organisation des camps de vacances • Amélioration de l'efficacité de la vaccination scolaire • Réorganisation de la programmation en prévention/promotion dans les écoles • Présentation d'une offre de service aux personnes victimes d'agressions sexuelles • Retour de la clientèle en 1ère ligne par le modèle émergent • Emphase mise sur les semaines de prévention – promotion • Amélioration de la tenue des dossiers • Diminution du délai de prise en charge en psychosocial • Augmentation des rencontres avec la pédopsychiatrie • Révision des mécanismes d'accès en hébergement • SAD-CHSLD Suivis RSIPA (CSSS Témiscouata 74 % et Québec 64 %) • Constat d'un bon climat d'équipe et d'un travail en partenariat entre les gestionnaires du SAD et CHSLD • Début des mêlées quotidiennes dans les CHSLD • Mise en place du comité d'humanisation des soins • Satisfaction élevée de la clientèle lors du sondage interne ainsi que lors du sondage par le CQA • Élaboration du plan d'action local en santé publique • Partenariat avec le COSMOSS • Participation aux activités de concertation des aînés	• Mise en place par le MSSS de l'assurance autonomie Mai 2014 • Mise en place de mécanismes de concertation pour assurer l'accès en CHSLD à la clientèle ciblée • Réorganisation des loisirs en CHSLD • Déploiement du plan d'action local en santé publique • Augmentation des références et des repérages • Arrimage avec le guichet d'accueil • Augmentation du nombre d'usagers rencontrés en toxicomanie • Organisation des soins palliatifs (lits) • Réorganisation des services de Prêt d'équipements • Lits de transition • Déploiement de l'offre de services en DI et DI-TED 0-7ans • Diminution les listes d'attente DI-TED • Révision de l'offre de services en périnatalité • Promotion du programme Amis des bébés (48 heures allaitement) • Augmentation du nombre de PI et PSI dans les dossiers • Santé mentale adulte • Promotion du retour à domicile • Maintien de la mobilisation, évaluation des résultats • Augmentation de l'efficience au Centre de jour • Ententes avec les RI, appropriation de l'aspect légal • Implication dans la certification des résidences privées • Augmentation de l'OEMC au SAD • Dépistage précoce en PPALV • Organisation du secrétariat aux programmes • Amélioration de la connaissance des organismes • Augmentation des heures en SAD • La bonne personne à la bonne place • Supervision des charges de cas

Direction des ressources financières, techniques et informationnelles

Réalisations	Enjeux et défis

• Début du processus d'attribution des zones grises en hygiène et salubrité
• Démarrage de l'implantation du programme d'entretien préventif des équipements médicaux (GMAO : gestion de la maintenance assistée par ordinateur)
• Poursuite des travaux sur l'identification des projets potentiels en économie d'énergie
• Installation de la visio-conférence au CLSC de Cabano
• Révision des plans de mesures d'urgence
• Formation sur les plans de mesures d'urgence
• Déploiement de la téléphonie IP
  ○ CLSC de Pohénégamook
  ○ CLSC de Dégelis
	• Acquisition des logiciels (Zones grises et GMAO)
	• Planification et exécution d'exercices d'évacuation
	• Déploiement du dossier client informatisé (DCI) - numérisation, formulaires, dictée numérique
	• Actualisation du plan de gestion des ressources informationnelles (PGRI) découlant de la Loi 133.
	• Formalisation des processus de compilation des unités de mesure
	• Respect de l'équilibre budgétaire

Direction des ressources humaines

Réalisations	Enjeux et défis

• Implantation du service partagé ressources humaines avec le CSSS des Basques :
  • Équipe de gestionnaires
  • Gestion de la rémunération et des avantages sociaux
• Formation et coaching en gestion médico-administrative (dossiers d'assurance salaire)
• Développement d'outils de gestion interne pour uniformiser les pratiques
• Partenariat avec les instances syndicales locales dans l'implantation de la nouvelle structure RH
	• Diminution du taux d'assurance-salaire
	• Finaliser implantation service partagé RH : volet Liste de rappel
	• Révision de l'offre de services de la direction des RH
	• Révision des processus RH
	• Développement d'une culture de la gestion de la présence au travail (GIPT)
	• Attraction, rétention de la main d'œuvre
	• Amélioration des outils de communication
	• Gestion de l'immunisation des employés

Résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité

Synthèse de l'offre de service de l'établissement
(Voir annexe A)

Loi visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette

Dans la foulée des mesures d'optimisation exigées par le MSSS en lien avec la Loi visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette, le budget de l'établissement a été réduit en 2012-2013 de 48 833$ sur une base récurrente en lien avec la Loi 100. Cette loi vise principalement une réduction des dépenses administratives de 10% en 2013-2014 par rapport aux coûts de 2009-2010. De plus, une mesure d'optimisation de 207 645$ annualisée à 307 672$ nous a été exigée en termes d'efforts additionnels dans le cadre de la Loi 127 visant le retour à l'équilibre budgétaire du Gouvernement du Québec. Diverses mesures d'économies ont été mises en place afin de rencontrer les exigences gouvernementales et de respecter l'équilibre budgétaire de l'établissement au 31 mars 2013.

L'Agrément

CSSS DE TEMISCOUATA

AGRÉMENT 2012-2013

Félicitations !

En préparation de la visite d'Agrément Canada prévue du 5 au 10 mai 2013, les équipes qualité ont complété les autoévaluations en mai 2012 afin d'élaborer leur plan d'amélioration de la qualité.

Les équipes qualité ont travaillé afin de se conformer aux critères des différentes sections de normes ainsi que pour assurer l'intégration des pratiques organisationnelles requises (POR).

ACCREDITATION CANADA
AGRÉMENT CANADA

Le conseil québécois d'agrément a effectué des sondages pour évaluer la satisfaction de la clientèle à la fin de l'année 2012.

Comparaison entre le degré de satisfaction de la clientèle du CSSS Témiscouata et celui observé dans des établissements comparables

Indicateurs	CSSS Témiscouata n=682			Autres établissements n= 1448			Code couleur
	Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif		
		Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure	
Relation avec le client	91	90	91	88	87	89	✓
Prestation professionnelle	88	87	89	87	85	88	△
Organisation des services	86	85	87	81	73	87	△

CHSLD

Comparaison du degré de conformité aux attentes et aux besoins de la clientèle hébergée du CSSS Témiscouata à celui observé dans d'autres établissements

Indicateurs	CSSS Témiscouata			Autres établissements			Code couleur
	Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif		
		Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure	
Relation avec le client	90	88	93	83	80	85	✓
Prestation professionnelle	89	86	91	81	80	81	✓
Organisation des services	88	86	91	79	77	80	✓

CQA CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÉMENT

Sécurité des soins et services

Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents / accidents

Les statistiques sont présentées au comité de gestion des risques à chacune des rencontres ainsi qu'à toutes les rencontres du comité de vigilance et de qualité. Des rapports spécifiques sont également fournis aux gestionnaires. Les employés prennent connaissance des statistiques liées aux incidents et accidents par l'entremise du journal interne puisque les données qui apparaissent dans le registre national y sont diffusées. À l'embauche de nouvelles infirmières et infirmières-auxiliaires, une présentation de la déclaration des incidents et accidents leur est faite en même temps qu'un survol de la gestion des risques.

Mesures de contrôles des usagers

L'équipe est en révision constante des mesures de contrôle des usagers avec l'objectif d'en diminuer le nombre et privilégie la mise en place de mesures alternatives en collaboration avec l'ergothérapeute. Suite à la révision du cadre de référence, le CSSS est à mettre en place un comité interdisciplinaire de révision des mesures de contrôle, comité qui fera rapport au comité de vigilance et de la qualité.

Les correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du Coroner et du Protecteur du citoyen

Barre d'appui de type « Bed helper » non sécuritaire

Nous avons donné suite aux recommandations du Coroner dans le dossier d'un résident décédé dans un autre CSSS en 2009 et dont la cause du décès par asphyxie avait été identifiée comme étant liée au système d'arrimage du « Bel Helper » aux lits du bénéficiaire. Les CHSLD, RI et SAD étaient concernés.

- Communiqué a été expédié à l'effet que chaque prêt de ce matériel devait être autorisé par un ergothérapeute;
- Remplacement de 15 systèmes SMART a été fait en RI;
- 40 autres devaient être remplacés en cours d'année;
- Un dépliant d'information a été produit en 2012;
- Mise en place d'un formulaire « refus de se conformer à une consigne de sécurité importante en lien avec l'utilisation de la barre d'appui au lit de type « Bed Helper » » pour la clientèle du SAD.

Co-dodo

Décès d'un nourrisson qui était couché dans le lit des parents.

- Rédaction et diffusion d'un mémo à toutes les personnes concernées;
- Distribution à chaque maman d'une affiche;
- Référence à faire aux mères aux pages du Guide Mieux Vivre 2013 qui traitent de ce point;
- L'information partagée aux infirmières en périnatalité, à la personne responsable des cours prénataux, aux coordonnatrices et par la suite en CLSC.

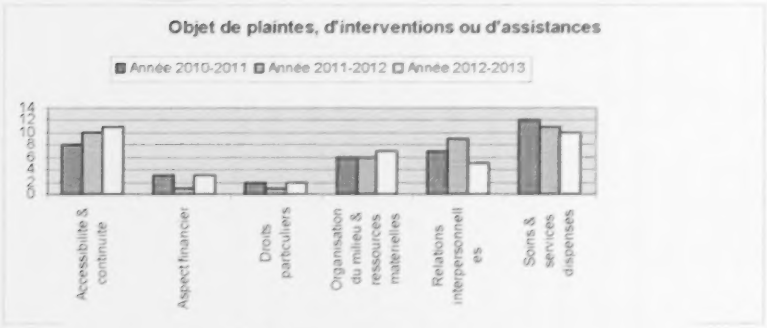
Contrôle de la température de l'eau

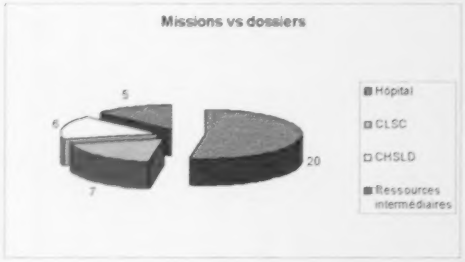
- Mesures déjà prises en 2010 :
    - mémo aux propriétaires de ressources privées et intermédiaires;
    - installation de dispositifs pour contrôler la température de l'eau à 43°C.

Rapport du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

38 dossiers ont été reçus par le commissaire
Un dossier a été référé au médecin examinateur

Délai moyen de réponse :
Commissaire local :
24 jours
Médecin examinateur :
25 jours





Plaintes	Plaintes médicales	Assistances	Interventions
23	1	10	4

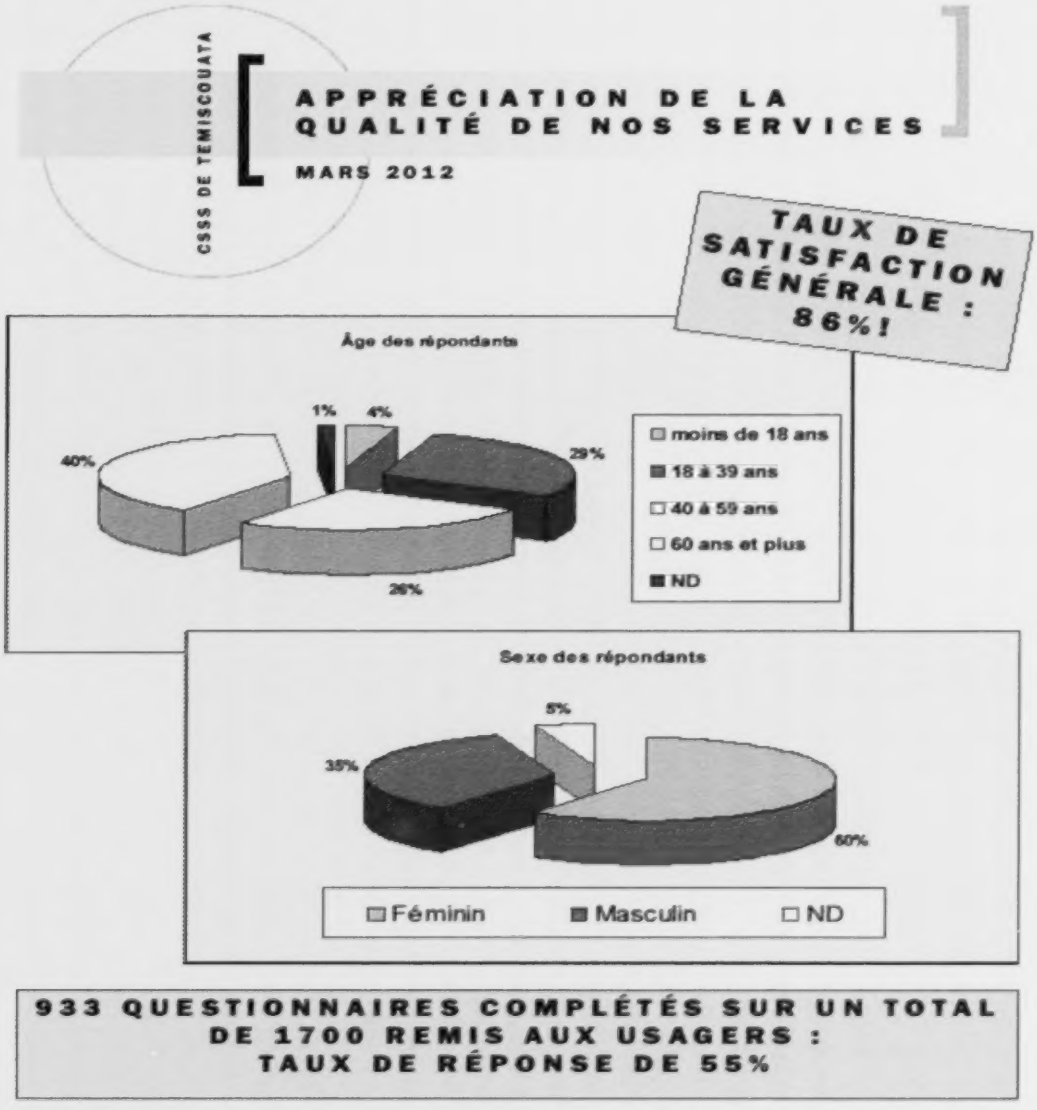
Propositions et actions porteuses de qualité présentées par le commissaire local

- Interventions visant à faciliter la compréhension pour les usagers à la recherche d'un médecin de famille.
- Suite à une recommandation de l'an dernier et des échanges avec la direction générale, embauche d'une personne à raison d'une journée par semaine afin d'améliorer les communications à l'interne et à l'externe.
- Concrétisation de la recommandation visant à assurer une meilleure formation du personnel et des interventions plus rapides et mieux structurées pour des personnes se présentant à l'urgence avec des symptômes d'AVC (révision de la trajectoire de services).
- Suite à l'administration du questionnaire (mars 2012) portant sur la satisfaction de la clientèle, support accordé au comité des usagers afin de mieux cibler certaines actions.
- Support au comité des usagers dans la production d'une vidéo visant à mieux faire connaître les actions des comités des usagers, comité des résidents et du commissaire local aux plaintes. Vidéo présenté dans les salles d'attente des points de service.
- Interventions auprès de l'équipe du service alimentaire afin que soit mieux connu le contenu des aliments servi aux personnes diabétiques hospitalisées. Actions rapides et concrètes de l'équipe des nutritionnistes et du service alimentaire pour tous les usagers diabétiques.
- Interventions visant à améliorer l'accueil, particulièrement dans un point de service.
- Présentation du processus d'examen des plaintes au comité des usagers, des comités de résidents et du personnel des ressources intermédiaires.
- Insistance auprès de certaines ressources intermédiaires sur l'importance de suivre le plan d'intervention élaboré avec la famille lors de l'admission et de tenir celle-ci le plus informée possible du cheminement du résident à l'intérieur de la ressource.

Évaluation de la satisfaction de la clientèle

L'établissement avait mis en place l'an dernier un comité *ad hoc* composé de représentants des usagers, du commissaire local aux plaintes, d'employés et de gestionnaires pour élaborer un sondage qualité et rédiger une procédure pour l'évaluation de la satisfaction de la clientèle.

La procédure a été rédigée et en fin d'exercice financier, les sondages d'appréciation de la qualité avaient été distribués de façon systématique à tous les usagers (ou leur famille) ayant reçu un soin ou un service durant la période de sondage soit les deux dernières semaines du mois de mars 2012.



Liste des membres du conseil d'administration

Poste vacant, président
Nathalie Dubé, vice-présidente (Cooptation organismes communautaires)
Thérèse Viel, secrétaire et directrice générale

Administrateurs

Charles-Aimé Bélanger Population	Louise Labonté Population
Anne St-Pierre Conseil des infirmières et des infirmiers	Carole Deschênes Conseil Multidisplinaire
Sylvie Lebel Personnel non clinique	Dre Hala Hanna Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Norma Cyr Comité des usagers	Marcelle Morin Comité des usagers
Vincent Gosselin Nommé par l'Agence	Guildo Pelletier Nommé par l'Agence
Juliette Coté Cooptation	Guy Raymond Cooptation
François Dumas Cooptation	Guy Leblanc Cooptation
Denis Moreau Cooptation	Emmanuelle Rivard Fondation

Les Comités

Comité de vérification :	François Dumas Denis Moreau Gaston Madore, DSFTI	Vincent Gosselin président CA Thérèse Viel, DG
Comité d'évaluation du directeur général :	Louise Labonté Emmanuelle Rivard	Guildo Pelletier président CA
Comité des ressources humaines :	Juliette Côté Emmanuelle Rivard Thérèse Viel, DG	Nathalie Dubé Sarah Lebel, DRH
Comité de gouvernance et d'éthique :	Carole Deschênes Louise Labonté Thérèse Viel	Denis Moreau président CA

Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers

Anne St-Pierre, Co-présidente, infirmière volet courte durée

Line Ruest, Co-présidente, infirmière auxiliaire volet courte durée

Martine Breton, Co-vice-présidente, infirmière volet CHSLD

Karine April, Co-vice-présidente, infirmière auxiliaire volet CHSLD

Mélanie Plante, infirmière volet CLSC

Sheron Tremblay, Infirmière services ambulatoires

Josée Lévesque, infirmière auxiliaire volet CHSLD

Carole Thibault, infirmière auxiliaire volet CHSLD

Manon Gariépy, directrice des soins infirmiers et de la santé physique

3 rencontres tenues en 2012-2013

Les activités du CECII-CECIIA sont orientées par les objectifs spécifiques du plan d'action :

- Audits de qualité des notes aux dossiers pour la surveillance lors de l'administration d'opiacées, des risque de chute et de clients ayant chuté.

- Promotion des pratiques de base et de l'hygiène des mains – (Journée annuelle de l'hygiène des mains – mai 2012).

- Dépliant d'information sur le rôle des infirmières en milieu de soins.

- Maximisation de la visibilité du CECII-CECIIA par la participation de deux membres (infirmière et infirmière auxiliaire) à la commission infirmière régionale (CIR).

- Le CSSS de Témiscouata a accueilli les membres de l'ORIIBSLGIM (Ordre Régional des infirmières et infirmiers du Bas St-Laurent, Gaspésie, Îles de la Madeleine) pour l'assemblée générale annuelle régionale en juin 2012.

Les orientations pour 2013-2014 :

- Poursuivre les audits cliniques (hygiène des mains).

- Faire connaître le rôle du CECII-CECIIA auprès des membres du conseil des infirmières et infirmières auxiliaires par le biais de capsules d'information diffusées par diverses voies de communication (courriel, journal interne).

- Poursuivre et consolider l'application de la loi 90 pour les infirmières et les infirmières auxiliaires.

Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Dre Catherine Gagnon, Présidente

Dre Linda Landry, Vice-présidente

Dre Marieke Soucy, Secrétaire

Dre Caroline Rioux, Trésorière

Dre Marie-Claude de Brouwer

Dre Hélène Cambron

Dre Hala Hanna

Dr Nader Hanna

Thérèse Viel, directrice générale et DSP par intérim

En cette fin d'année financière 2012-2013, l'exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) vous expose son rapport d'activités.

En cours d'année, ont eu lieu 7 réunions régulières du comité exécutif ainsi que 2 réunions spéciales avec un taux de participation de 78 %, 7 réunions du comité des titres, 3 assemblées générales avec un taux de participation de 59 %, 1 comité de pharmacologie avec un taux de 88 %, 3 réunions du département de médecine générale avec 63 % de présences. Le comité d'évaluation de l'acte s'est réuni 3 fois pour l'étude des dossiers des décès survenus autant à l'Hôpital que dans les 3 sites des soins de longue durée et pour des demandes ponctuelles de vérification avec un taux de participation de 66 %.

Le CMDP a procédé à la révision et l'adoption des règlements du département de médecine générale, du service des soins de longue durée, du service d'obstétrique, des règles d'utilisation des ressources et des règlements du service d'urgence.

Nous avons procédé à l'abolition du service de santé communautaire dont les activités sont maintenant incluses dans celles du département de médecine générale étant donné le regroupement des sites en un seul établissement et que l'offre de services médicaux courants est présente partout. Le CMDP a tenu à apporter des précisions dans les règlements sur les obligations d'un médecin qui quitte le CSSS et la région concernant le suivi des résultats de ses patients.

À l'automne 2012, des membres de l'exécutif se sont affairés à préparer la visite du Collège des médecins par un questionnaire à compléter. Cette inspection se déroulera du 30 avril au 2 mai 2013 et se terminera avec une rencontre de l'exécutif et des chefs de départements et services.

L'Ordre des pharmaciens du Québec est venu inspecter les locaux du département de pharmacie au sujet de la préparation des produits stériles dans le but de constater que les recommandations ont été respectées. Il y a eu également une visite au printemps 2012 du Groupe Conseil en traumatologie du Québec pour accréditer notre CSSS.

Des gens du Ministère de la santé sont venus rencontrer les responsables du bloc opératoire en octobre 2012 au sujet de l'optimisation du bloc.

Trois rencontres de l'exécutif ont eu lieu avec le comité de direction pour prendre connaissance des dossiers importants (projets d'optimisation, budget, programme PPALV, lits tampons, plan d'organisation du CSSS, ententes de gestion, équipements médicaux, réorganisation du secrétariat, cogestion médicale). Une rencontre au sujet de la réorganisation des AEO avec les gestionnaires et la direction générale a été offerte pour les médecins et l'exécutif.

En 2012, les médecins avaient demandé que soient augmentés les effectifs au service d'inhalothérapie afin d'assurer la présence de cette ressource à la salle d'opération, pour la couverture de la garde et pour l'accès à des ECG de qualité en tout temps. Le recrutement s'est réalisé au cours de l'année.

Également, suite à notre demande, deux techniciens en échographie sont présentement en formation ce qui aidera à assurer la rétention d'un radiologiste. L'équipe médicale offre son soutien à Dr Rodrigue pour son intégration et pour la gestion de son département en cette première année de présence au CSSS.

Les cliniques d'orthopédie ont pu reprendre comme prévu avec Docteur Raed Salman de Rivière-du-Loup en remplacement de

Docteur Jean Coumoyer. Le CMDP compte bien mettre les efforts requis pour remettre sur pieds le service de chirurgie orthopédique et d'aménager la salle d'opération où des améliorations d'équipements essentiels sont nécessaires. La démarche est en cours.

Une révision de la forme du dossier en CHSLD a été soumise aux médecins concernés et discutée entre infirmières et gestionnaires. Des outils pour la cueillette de données cliniques du patient ont été adoptés visant un meilleur échange d'informations lors des tournées en CHSLD avec l'infirmière et lors d'appels téléphoniques.

Au niveau du fonctionnement clinique, plusieurs protocoles et ordonnances ont pris forme en cours d'année et ont été adoptés, impliquant médecins spécialistes, omnipraticiens, pharmaciennes et infirmières.

Cette année encore, par toutes ces démarches, nous sommes convaincus, comme CMDP, d'avoir contribué à l'amélioration des services médicaux à la communauté.

Comité Paraclinique

3 rencontres tenues en 2012-2013

Hélène Bossé, présidente, aide-cuisinière

Jean-Guy Beaulieu, préposé aux bénéficiaires

Véronique Bouchard, agente administrative

Caroline Gagné, assistante technique sénior pharmacie

Guylaine Dupont, agente administrative

Guylène Michaud, préposée à l'entretien ménager

Sarah Lebel, directrice RH

Thérèse Viel, directrice générale

Pour l'année 2012-2013 le comité a élaboré un plan d'action dont l'objectif général est : « Apprécier et voir à l'amélioration de la qualité de la pratique de l'ensemble des professions représentées par le CPC ». Les activités relatives à notre objectif général porteront sur la confidentialité, la valorisation des professions, la visibilité du comité et l'accueil de la clientèle.

Cette année, outre le nouveau plan d'action et les rencontres, le comité paraclinique a collaboré à la réalisation d'activités de valorisation pour les services auxiliaires (service alimentaire, buanderie, hygiène et salubrité, maintenance) de notre organisation.

Pour diverses raisons, le comité paraclinique a connu certaines difficultés à rassembler ses membres afin de tenir les rencontres et dans l'organisation d'activités. Pour l'année 2013-2014, le comité devra travailler à recruter des membres afin d'assurer la continuité des activités du comité.

Rappelons que le comité paraclinique représente les employés des services para-techniques (préposés aux bénéficiaires, assistants techniques en pharmacie, etc.), les employés de bureau et administratifs ainsi que les services auxiliaires (cuisine, buanderie, entretien et maintenance).

Comité exécutif du conseil multidisciplinaire

Caroline Brisebois, présidente, physiothérapeute

Carole Deschênes, vice-présidente, organisatrice communautaire

Lucie Marcotte, secrétaire, physiothérapeute

Mario Fournier, technicien en génie bio-médical

Suzanne Lebel, technicienne de laboratoire médical

Mélissa Lévesque, travailleuse sociale

Nathalie Martel, technicienne en assistance sociale

Denis Blais, directeur

Thérèse Viel, directrice générale

5 rencontres tenues en 2012-2013

Nous avons établi notre plan d'action pour l'année 2012-2013.

Redynamiser le CECM :
Élaboration d'une brochure expliquant les rôles, fonctions etc. du conseil multidisciplinaire.

Tenue d'un concours pour trouver un logo représentatif du CM du CSSS de Témiscouata.

La proposition de Mme Constance Héroux a été retenue et celle-ci s'est méritée un certificat cadeau d'une valeur de 100 $.

A l'AGA de 2012, Mme Majorie Leblanc, psychologue avait fait une présentation de sa profession qui s'intitulait « Thérapie avec les chevaux chez les enfants ». Suite à l'intérêt des membres, nous allons poursuivre cette initiative et un autre membre sera invité pour l'AGA de 2013.

Diffusion de communiqués via le site de la paye pour informer nos membres de nos activités tels que la présentation des officiers du CECM et l'annonce de la gagnante du logo.

Semaines de valorisation du personnel
Les psychologues ont fait une description de leur profession dans le journal Rez-eaux-Parleurs édition de décembre 2012. Discussions en cours de joindre les semaines de valorisation aux semaines thématiques.

Suivi du plan d'organisation des services à la population (AEO Santé – Social).
Un travail énorme a été fait par nos membres qui participaient à ce comité pour déterminer les lignes directrices. La population desservie par notre réseau se voit offrir un service avec une plage horaire de 08h00 à 21h00 et ce 7 jours sur 7, 365 jours par année à partir du 21 avril 2013 avec une relocalisation du service à l'Hôpital de NDDL.

Suivi Loi 90 (Réadaptation)
Un processus de réorganisation est en cours avec l'équipe de réadaptation. Le dossier de la loi 90 chemine très lentement.

Suivi de l'application de la Loi 21
Un avis sera acheminé aux membres concernés pour suivre une formation en ligne offerte pas le Ministère de la Santé en lien avec la loi 21.

Suivi des plans d'action Agrément Canada
La visite de l'Agrément aura lieu du 5 au 10 mai 2013 et la coordonnatrice à l'agrément a présenté les résultats des sondages sur la mobilisation du personnel, sur la satisfaction de la clientèle et sur la culture de la sécurité. Une suite est prévue à l'automne.

<u>Suggestions de priorités pour l'année 2013-2014</u>
Nous allons poursuivre le plan d'action de 2012-2013 et il sera bonifié par les suggestions de nos membres lors de l'AGA le 13 juin 2013.

Comité des usagers

6 rencontres tenues en 2012-2013

Marcelle Morin,
Présidente

Louise Gaulin,
Vice-présidente

Marcelle O. Malenfant,
Secrétaire

Monique Blier

Norma Cyr

Jacques Morin

Régine Morin

Pauline Tremblay

Lorraine Veilleux

Le comité a joué son rôle en se basant sur les cinq fonctions du comité décrites ultérieurement, a été plus visible et présent aux différentes tables et comités et a été à l'écoute des usagers.

Nous avons mis beaucoup de temps pour la satisfaction de la clientèle avec le sondage. Suite à ce sondage fait par le comité des usagers, un taux de satisfaction de 86 % en a résulté. Le comité est conscient du travail accompli par toutes les équipes pour améliorer les différentes lacunes.

Le comité est satisfait de la décision de prolonger les heures du service de l'AEO et du numéro de téléphone unique. C'est toute la population qui en est gagnante.

Aussi, nous avons travaillé à la distribution du calendrier 2013 et participé à deux cliniques de vaccination pour la grippe, à l'Hôpital de Notre-Dame-du-Lac et au CLSC de Pohénégamook, en distribuant des articles promotionnels du comité.

Nous avons aussi affiché dans chaque site du CSSS la photo des membres du comité des usagers et des comités des résidents dans leur établissement. Nous avons travaillé aussi sur l'élaboration d'une vidéo promotionnelle du comité des usagers, des résidents et du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services qui sera diffusée dans les sites.

À tous les membres du comité des usagers et des résidents merci de votre participation active, à la direction générale, au commissaire local aux plaintes, aux médecins et à tout le personnel du CSSS de Témiscouata merci de votre préoccupation constante d'offrir des services de qualité à la population témiscouataine.

N'hésitez pas à nous faire part de vos insatisfactions ou suggestions, dans un souci d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services pour les usagers.

Notre raison d'être demeure toujours *« Le respect des droits des usagers »*.

Comité de vigilance et de la qualité

MEMBRES DU COMITÉ

Nathalie Dubé, présidente
membre du CA

Guy Leblanc,
membre du CA

Marcelle Morin,
membre du CA

Vallier Daigle,
commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Thérèse Viel,
directrice générale

Cathy Deschênes,
personne invitée,
gestionnaires des risques

3 rencontres tenues en 2012-2013

Les membres ont :

- examiné chacune des situations du rapport d'étape du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et ont porté une attention aux mesures correctives et autres actions réalisées se rapportant au traitement des plaintes.
- pris connaissance et analysé le rapport du sondage effectué par le comité des usagers et portant sur l'appréciation de la qualité des services.
- suivi l'évolution du dossier de la démarche d'agrément et s'en sont régulièrement tenus informés.
- convenu de recevoir occasionnellement la conseillère clinique en soins infirmiers afin d'être tenus au courant des constats et recommandations du comité formé pour analyser les diverses mesures de contrôle et de contention du CSSST.
- été informés de la composition et du fonctionnement de l'unité de coordination en éthique (UCE).
- été informés et ont pu émettre leurs commentaires concernant la démarche d'implantation du guichet d'accès.
- manifesté leur satisfaction face à l'embauche d'une personne à temps partiel faisant office d'agent de communication.
- examiné sommairement le Registre national des incidents et accidents.
- été informés sur l'implantation du SARDM.

Le rôle du comité de gestion des risques fût expliqué aux membres par la responsable, Mme Cathy Deschênes.

Les membres reconnaissent l'importance d'être bien informés des risques encourus dans l'établissement, ils recommandent que la gestionnaire des risques fasse un rapport statistique et des actions menées par le comité de gestion des risques à chacune des rencontres du comité de vigilance et de la qualité.

En présence de Mme Anne St-Pierre, infirmière en prévention des infections, les membres ont pris connaissance des activités du comité et du service de prévention des infections.

Les trois mêmes membres désignés par le conseil d'administration ont accepté de continuer de siéger au comité de vigilance et de la qualité pour l'année 2013-2014.

L'unité de coordination en éthique (UCÉ)

MEMBRES DU COMITÉ

Dr Joan Banet, médecin

Cathy Deschênes, adjointe à la direction générale

Manon Gariépy, directrice des soins infirmiers et de la santé physique

Constance Héroux, Conseillère-cadre aux services psychosociaux

Membre du comité de gouvernance et d'éthique du C.A. (à être nommé)

L'unité de coordination en éthique (UCÉ) du CSSS de Témiscouata a tenu 3 rencontres en 2012-2013 au cours desquelles, les membres ont discuté des points suivants:
Diffusion des lignes directrices en lien avec l'éthique dans l'organisation (politiques, procédures, règlements, etc.);
Suivi du plan de mise en œuvre du cadre conceptuel en matière d'éthique dans le CSSS;
Activités avec le comité d'éthique KRTB;
Gestion des demandes pour la tenue des projets de recherche dans l'établissement;
Cas d'éthique cliniques.

L'UCÉ a tenu un midi-clinique le 14 novembre 2012 afin de présenter la délibération éthique par l'utilisation d'un cas fictif, 53 personnes ont assisté à la présentation.

Les objectifs de l'UCÉ pour la prochaine année sont d'offrir de la formation aux employés, médecins et bénévoles du CSSS et de faire connaître encore plus les services offerts par l'UCÉ.

Le comité d'éthique clinique KRTB

Le comité composé de membres des quatre CSSS a tenu 8 rencontres en 2012-2013.

3 de ces rencontres ont permis à des équipes locales de soumettre des cas d'éthique cliniques vécus dans leur milieu. En ces occasions, le comité d'éthique clinique KRTB s'est déplacé pour se rendre dans le CSSS qui présentait le cas pour permettre une plus grande participation des équipes soignantes.

Des outils développés par les CSSS sont partagés entre eux, tels dépliants, formations, midi-clinique, etc.

Les objectifs pour la prochaine année sont principalement d'offrir de la formation dans les différents CSSS au plus grand nombre possible de personnes afin de les sensibiliser pour qu'elles puissent reconnaître et identifier un dilemme éthique.

Comité de gestion des risques

MEMBRES DU COMITÉ

Dr Joan Banet, médecin

Diane Beaulieu,
Chef de programme-volet hébergement

Sylviane Caron,
Technologiste de laboratoire

Cathy Deschênes,
Adjointe à la direction générale

Sylvie Dionne,
Pharmacienne

Guylaine Dupont,
Agente administrative en CHSLD

Manon Gariépy,
Directrice des soins infirmiers et de la santé physique

Patrice Labrosse,
Conseiller en santé et sécurité au travail

Marcelle Morin,
Présidente du comité des usagers

Sylvie Pelletier,
Infirmière

Anne Saint-Pierre
Conseillère en prévention des infections

Lorraine Veilleux,
Membre comité des usagers

Sujets discutés **4 rencontres tenues en 2012-2013**

Statistiques des incidents et accidents
Suivi des évènements de gravité de E2 à I
Suivi des rappels
Surveillance des taux d'infections nosocomiales
Processus d'agrément, état d'avancement des POR
Suivi des recommandations
Cartographie des risques
Plan de sécurité
Santé et sécurité au travail

Analyse prospective effectuée en cours d'année

Adaptateur de l'air médical versus celui de l'oxygène

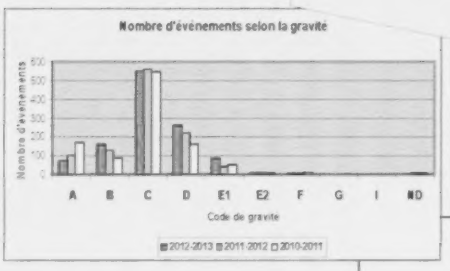
Priorités de la prochaine année

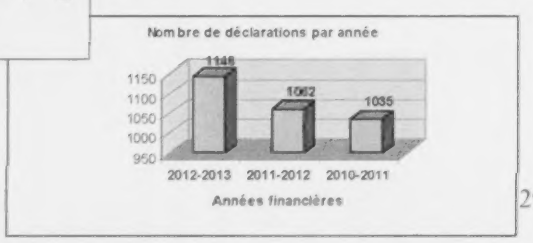
Mise en place et suivi des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers pour le conseil d'administration.
Suivi du plan d'action sécurité.
Sensibilisation du personnel sur la divulgation.

Nouveauté cette année

Une cartographie des risques a été effectuée et s'est traduite dans l'élaboration du plan d'action sécurité pour les usagers dont la réalisation sera suivie par le comité de gestion des risques.

Événements indésirables





Comité de prévention et contrôle des infections nosocomiales

Faits saillants

Suite à l'éclosion de Diarrhée Associée au *Clostridium Difficile* (DACD) en 2011-2012, aucun cas d'origine nosocomiale n'est apparu durant 14 périodes administratives

MEMBRES DU COMITÉ

Dr Joan Banet, médecin

Diane Beaulieu,
Chef de programme-volet hébergement

Dr Jacques Christian Brault médecin

Sylvie Deschamps, assistante chef au laboratoire

Mario Deschênes, chef des services techniques (volet hygiène et salubrité) et de la sécurité

Manon Gariépy,
Directrice des soins infirmiers et de la santé physique, Responsable de la prévention des infections nosocomiales

Patrice Labrosse,
Conseiller en santé et sécurité au travail

Dre Danielle Moisan,
Microbiologiste infectiologue consultante

Dre Jacqueline Morissette, médecin

Johanne Morneau,
assistante au bloc opératoire

Julie Ouellet ,
assistante au bloc opératoire

Anne Saint-Pierre
Conseillère en prévention des infections nosocomiales
Présidente du comité

Vivianne Treyvaud, responsable des urgences et de la courte durée

Deux rencontres formelles du comité en 2012-2013, taux moyen de présence : 85%
Formation d'un comité spécial de gestion en lien avec un taux élevé d'isolement en courte durée en janvier et février 2013.

Sujets abordés

Diffusion des données de surveillance ;

Comité spécial de gestion : haut taux d'isolement dès janvier en soins de courte durée en raison de la saison grippale hâtive et prolongée ;

Promotion de la vaccination antigrippale des employés par la santé et sécurité au travail ;

Mesure de prévention et surveillance des ERV (entérocoques résistants à la vancomycine) ;

Vigie et surveillance en lien avec l'émergence de la coqueluche au Québec et au Témiscouata ;

Produits de nettoyage et de désinfection de l'environnement pour la prévention des ERV, du Clostridium difficile et de la gastro-entérite.

Recommandation du comité à la direction des resssources humaines
Retrait des milieux de soins des employés présentant un tableau clinique infectieux (coqueluche, grippe, gastro-entérite) pour la prévention d'éclosion en milieux de soins.

Types de surveillance

- SPIN–DACD, bactériémies totales, à SARM et SA (Surveillances Provinciales des Infections Nosocomiales obligatoires– SPIN)
- Surveillance régionale de la colonisation au SARM (Staphylocoque aureus résistant à la méthicilline)
- Surveillance globale :

  Des infections urinaires, des bactériémies sur cathéters centraux, des pneumonies.

  Surveillance des infections de sites chirurgicaux.

Surveillance du risque infectieux :
Outil de surveillance et de suivi du risque infectieux en continu de l'urgence et de la courte durée.

Prévention et gestion d'éclosions en collaboration avec la DSP du Bas st-Laurent :

de virus respiratoires, d'influenza, de gastro-entérite en centre d'hébergement et de soins de longue durée,

de SARM, de gastro-entérite, d'influenza, de Clostridium difficile, d'ERV et tout autre microorganisme émergeant en courte durée.

Formation des employés:

Cohortes de nouveaux employés de tous types d'emplois: formation générale sur les pratiques de bases, l'hygiène des mains et l'étiquette respiratoire (1h).

Cohorte de nouveaux employés des secteurs cliniques : Intégration en prévention et contrôle des infections nosocomiales (2h).

Midi-clinique en octobre 2012 : Présentation des données de surveillance des infections nosocomiales (tableau de bord) avec un retour sur les mesures de prévention, précaution additionnelles, l'hygiène des mains et l'étiquette respiratoire.

Partenaire : Table régionale en prévention des infections nosocomiales région - 01 (6 rencontres annuelles)

Participation de la conseillère aux sous–comités de travail:

- Adaptation du plan d'action 2010-2015 ministériel pour la prévention et le contrôle des infections nosocomiales.
- Programme de vaccination contre l'influenza des employés des établissements de santé 2012-2013 Proposition du sous-groupe de travail de la Table régionale en prévention des infections nosocomiales (TRPIN) du Bas-Saint-Laurent.
- Élaboration et mise en commun de fiches de bio-nettoyage pour le processus d'attribution des zones grises.

Données de surveillance comparatives
Diarrhée associée au clostridium difficile (DACD)

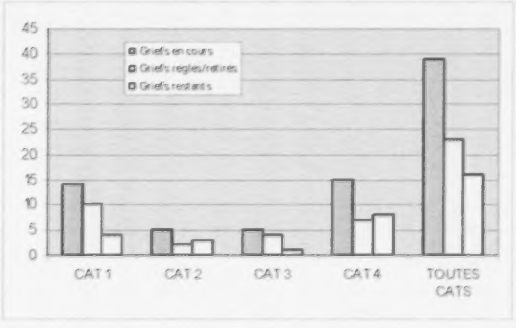
Année financière 2012-2013	Nombre de DACD nosocomiale brut	Taux moyen 10 000 jrs-présence
CSSS de Témiscouata	0	0
Région 01 Bas-Saint-Laurent	65	5,3
Province de Québec	3796	7,3

Ressources humaines de l'établissement

Effectif de l'établissement	Exercice en cours	Exercice précédent
Les cadres : (en date du 31 mars)		
- Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	16	12
- Temps partiel...	4	6
Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	3	4
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi	-	-
Les employés réguliers : (en date du 31 mars)		
- Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	199	198
- Temps partiel...	199	206
Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	137	120
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi	-	-
Les occasionnels :		
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	175 755	153 234
Équivalents temps complet (b)	96	84

Cat 1 - Syndicat des professionnels en soins infirmiers et respiratoires du Témiscouata (CSN) - Martine Breton
Cat 2 - Syndicat des travailleurs et travailleuses de la santé du Témiscouata (CSN) - Jean-Guy Beaulieu
Cat 3 - Syndicat des employés de bureau de la santé du Témiscouata (CSN) – Sylvie Jalbert
Cat 4 - Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) – Marthe Charest

Griefs 2012-2013	*CATÉGORIES*				
	1	2	3	4	TOUTES
Griefs au 1er avril 2012	4	3	1	8	16
Griefs déposés en 12-13	*5*	*4*	*7*	*8*	24
Griefs en cours	9	7	8	16	40
Griefs réglés/retirés	5	2	4	4	15
Griefs restants	**4**	**5**	**4**	**12**	25
% de règlement	55,56%	29%	50%	25%	37,50%



Taux d'assurance salaire :	8,17%
Cible 2012-2013:	**5,50%**

États financiers et analyse des résultats des opérations

La firme Raymond Chabot Grant Thornton a audité les états financiers au 31 mars 2013 du Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata. Les résultats présentent un surplus de 301 265$ au fonds d'exploitation et un surplus de 392 183$ au fonds d'immobilisation pour un total des excédents sur les charges de 693 448$ (voir annexe B) pour le détail de l'état des résultats, des surplus et de la situation financière).

Outre la réserve de l'auditeur indépendant sur la façon exigée par le MSSS de comptabiliser les contrats de location d'immeubles qui va à l'encontre des normes comptables, le rapport de l'auditeur indépendant confirme que les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata au 31 mars 2013 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation des surplus cumulés, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public (voir annexe B pour le rapport complet de l'auditeur indépendant).

RAPPORT STATISTIQUE

VOLET HÔPITAL (CH)				
ACTIVITÉS	2012-2013		2011-2012	
	Lits au permis	Lits dressés	Lits au permis	Lits dressés
	35	25	35	25
Usagers admis	1232		1 301	
Taux d'occupation	86.51%		95,97%	
Durée moyenne de séjour	6.35%		6.79%	
SERVICES	Unités de mesure 2012-2013		Unités de mesure 2011-2012	
Imagerie médicale CH + CLSC (l'unité technique)	316 337		338 567	
Électrophysiologie (l'unité technique)	103 772		135 152	
Urgence CH + CLSC (le nombre de visites)	32 286		31 102	
Tomodensitométrie	91 427		81 928	
Laboratoire CH + CLSC (la procédure pondérée)	605 974		1 162 360	
Inhalothérapie (l'unité technique provinciale)	158 935		144 831	
Physiothérapie CH + CLSC (le jour-traitement)	6 981		7 172	
Ergothérapie (le jour-traitement)	866		1 119	
Bloc opératoire (heure-présence de l'usager)	725		756	
Médecine de jour (le jour-traitement)	4 935		4 460	
Médecine et chirurgie (le jour-présence)	7 629		8 447	
Chirurgie d'un jour (le nombre d'usagers)	209		284	
Consultations externes spécialisées (la visite)	5 466		5 914	
Service alimentaire (jour repas)	190 008		193 306	
Services sociaux (CH & CHSLD) (l'usager)	215		223	
Buanderie (kilogramme de linge souillé)	270 443		288 616	
Nouveaux-nés admis durant l'année	78		95	

VOLET CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CHSLD)				
ACTIVITÉS	2012-2013		2011-2012	
Établissements	Lits dressés	% d'occupation	Lits dressés	% d'occupation
Centre d'hébergement de Squatec	24	94.60%	24	95.86%
Centre d'hébergement de Saint-Louis	43	97.70%	43	94.45%
Centre d'hébergement de Rivière-Bleue	44	92.91%	44	92.94%
Taux combiné	**111**	**95.13%**	**111**	**94.16%**
	Usagers	Le jour-présence	Usagers	Le jour-présence
Hébergement temporaire	54	948	39	658
Centre de jour (les usagers)	54		59	

VOLET CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES (CLSC)				
	2012-2013		2011-2012	
SERVICES	Nombre d'usagers	Interventions	Nombre d'usagers	Interventions
Services psychosociaux jeunes en difficulté	651	2 934	787	3 850
Services ambulatoires santé mentale 1ère ligne	189	1 476	241	1 687
Soins infirmiers à domicile	932	10 244	902	9 452
Services de santé courants	1 560	6 334	1 662	6 395
Santé parentale et infantile	521	1 566	1 133	3 373
Aide à domicile	231	8 632	231	8 100
Inhalothérapie à domicile	55	240	50	189
Services dentaires préventifs	342	377	121	148
Services psychosociaux à domicile	453	1 926	428	1 697
Services psychosociaux – autres	212	1 065	486	1 729
Psychologie	73	426	75	409
Prévention et protection de la santé publique	4 760	5 779	3 499	3 727
Services en milieu scolaire	527	1 124	1 161	2 552
Orthophonie pour enfants en CLSC	67	227	69	209
Nutrition	360	614	377	649
Ergothérapie et physiothérapie à domicile	430	2 366	409	2 347
TOTAL	**11 363**	**45 330**	**11 631**	**46 513**

Gestion des plaintes					
Année	Plaintes en traitement au début de l'exercice	**Plaintes reçues durant l'exercice**	Plaintes conclues durant l'exercice	**Délai moyen pour conclure un dossier**	Plaintes en traitement à la fin de l'exercice
2011-2012	**CLQ* :0**	**20**	**19**	**23 jours**	1
	ME :0	**4**	**4**	**24 jours**	0
2012-2013	**CLQ* :1**	**23**	**23**	**24 jours**	1
	ME :0	**1**	**1**	**25 jours**	0
***CLQ : Commissaire Local à la Qualité des services**			***ME : Médecin Examinateur**		

État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année** **2012 2013**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2013**		
				R *5*	**PR** *6*	**NR** *7*
Signification des codes : Colonne *3* : R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire				Colonne *5, 6* et *7* : R : pour réglé PR : pour partiellement réglé NR : pour non réglé		
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Le MSSS exige que les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société immobilière du Québec soient comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, plutôt que comme une location-acquisition, conformément à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 Immobilisations corporelles louées du Manuel de l'ICCA.		R	Aucune mesure ne sera prise, car c'est une directive du MSSS			
Rapport de l'auditeur, indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Unité de mesure : - certains contrôles actuels ne sont pas documentés; - certains rapports périodiques sont manquants; - des rapports périodiques ne sont pas approuvés par les gestionnaires; - les nouveaux employés compilant des unités de mesure devraient recevoir une formation dès l'embauche.		C	Les processus seront révisés au cours du prochain exercice financier.			NR

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Rapport à la gouvernance						
1 - Certaines tâches ne sont pas réparties de façon adéquate au sein de l'organisme (fonctions incompatibles). Idéalement, les tâches d'autorisation, de garde, d'enregistrement et de communication doivent être effectuées par différentes personnes entre autre pour le cycle du service d'approvisionnement et de la rémunération.		C	Aucune mesure ne sera prise tenant compte du nombre restreint de personnes dans les services concernés			NR
2 – Des contrôles de surveillance sont requis : autorisation de la liste des dépôts directs avant la transmission à l'institution financière.		C	Les processus de contrôle seront mis en place au cours du prochain exercice financier.			NR

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

1. Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux;

2. Le membre du conseil d'administration doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement;

3. Le membre du conseil d'administration doit assister aux réunions du conseil;

4. Le membre du conseil d'administration présent à une réunion du conseil doit voter lorsque requis;

5. Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction;

6. Le membre du conseil d'administration doit agir avec soin, intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité;

7. Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance;

8. Le membre du conseil d'administration doit être loyal et intègre envers les autres membres du conseil d'administration et ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux;

9. La conduite d'un membre du conseil doit être empreinte d'objectivité et de modération;

10. Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions.

DEVOIRS SPÉCIFIQUES

1. Les mesures de prévention

1.1 Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés;

1.2 Le membre du conseil d'administration doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires;

1.3 Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement;

1.4 Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;

1.5 Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général;

1.6 Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue;

1.7 Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement;

1.8 Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

2. L'identification des situations de conflits d'intérêts

2.1 Le membre du conseil d'administration doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante;

2.2 Le membre du conseil d'administration, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause;

2.3 Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration;

2.4 Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration;

2.5 Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du conseil d'administration:

- Est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil peuvent en être défavorablement affectés;
- N'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;

2.6 Le membre du conseil d'administration ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public;
2.7 Le membre du conseil d'administration ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision;
2.8 Le membre du conseil d'administration ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

3. Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération de ces personnes

3.1 Le membre du conseil d'administration ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté;
3.2 Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions;
3.3 Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi;
3.4 Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

4. Les devoirs et les obligations de l'après-mandat

4.1 Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil;
4.2 Le membre du conseil d'administration doit témoigner de respect envers l'établissement et son conseil d'administration.

RÉGIME DE SANCTIONS

1. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction;
2. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration;
3. Le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie;
4. Le membre du conseil d'administration qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête;
5. Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration;

6. Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne;
7. Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés;
8. Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné;
9. La sanction peut consister en une réprimande, une suspension, une révocation, une déchéance de charge ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la gravité et la nature de la dérogation;
10. Toute sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil d'administration concerné.

ENQUÊTE ET IMMUNITÉ

- Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions;
- Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de prêter le serment ou faire l'affirmation solennelle.

PUBLICITÉ DU CODE

- L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande;
- L'établissement doit publier dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration;
- Le rapport annuel de l'établissement doit faire état du nombre et de la nature des signalements reçus, du nombre de cas traités et de leur suivi, de leurs décisions ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées, des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

Référence : Association des hôpitaux du Québec – Guide « Code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration des établissements de santé et des services sociaux – 1997 » élaboré par e Ghislaine Gosselin, avocate et directrice des affaires juridiques de l'AHQ, Me Sylvain Poirier, avocat-associé, ainsi que Madame Johanne de Champlain, juriste, membre de l'équipe de droit de la santé du cabinet Heenan Blaikie qui en ont assuré la rédaction.

Fondation du CSSS de Témiscouata

Chers amis,

La Fondation du CSSS de Témiscouata a connu une bonne année financière, même si les résultats affichés ci-bas ne démontrent que des résultats partiels. Comme notre année financière débutait le 1er juillet 2012 et se terminera le 30 juin 2013, les revenus cumulés au 30 mars 2013 sont de 129 607 $ et à partir de ces mêmes revenus, une somme de 30 300 $ a été affectée à l'achat d'équipements pour tout le réseau. Notons toutefois que les activités du Banquier, le tournoi de Golf et du Club Voyages 2013-2014 seront comptabilisées seulement en juin. D'ici la fin de notre année financière, d'autres sommes seront donc investies, pour un montant supplémentaire d'environ 70 000 $. Au bilan, le total du passif et des avoirs se chiffre à 383 625 $ au 31 mars 2013. Nous pouvons donc affirmer que la Fondation est en bonne santé financière.

La campagne Cartes de membre débutait le 1er mars et a rapporté à ce jour, 23 252 $. Les dons continuent d'entrer. Les billets du Club Voyage 500, édition 2012-2013 ont été vendus en totalité (500 billets) et ont généré des revenus nets de 37 783 $. De plus, les dons funéraires ont rapporté à ce jour, la somme de 6 109 $. Nos Gouverneurs nous ont offert en dédicace 15 475 $. Les enfants des écoles primaires du Témiscouata ont amassé la somme de 1 071 $, lors de la collecte de sous de l'Halloween. La vente d'articles promotionnels et les activités diverses ont rapporté 6 520 $, en date du 30 mars. Les revenus de Lotomatique ont rapporté 770 $.

La mission première de la Fondation du CSSS de Témiscouata est l'achat d'équipements médicaux. En ce sens, un total de 315 508 $ devrait être investi en 2012-2013-2014, pour des équipements de priorité #1, #2 et #3. Nous prévoyons toutefois avoir terminé de payer la liste des équipements de priorité #1, d'ici la fin de 2013. Voici la liste des équipements qui seront achetés en priorité #1.

Priorité	Programme	Département	Description	Quantité	Coût unitaire	Coût total
1	Personnes âgées	CHSLD	Lits électriques	10	3 000 $	30 000 $
1	Personnes âgées	CHSLD	Lits électriques bariatriques	3	17 000 $	51 000 $
1	Personnes âgées	Centre de jour	Hydrocollator	1	1 795 $	1 795 $
1	Personnes âgées	Soins à domicile	Surmatelas de cellules ROHO, avec base	1	2 880 $	2 880 $
1	Soins et services médicaux	Cliniques spécialisées + bloc	Clarus Vidéo System	1	7 955 $	7 955 $
1	Soins et services médicaux	CH	Biliblanket - système de photothérapie	1	4 851 $	4 851 $
1	Soins et services médicaux	Unité multi + urgence + MDJ	Vein Viewer Vision	1	16 000 $	16 000 $
1	Service de réadaptaion	CH	Table de travail hydraulique à station debout	1	4 810 $	4 810 $
1	Services diagnostics	Laboratoire - CH	Mini-Vidas	1	14 400 $	14 400 $
1	Santé communautaire	CLSC	Bilirubinomètre	3	7 403 $	22 209 $
1	Soins et services médicaux	CH	Échographe Sonosite	1	49 000 $	49 000 $

Comme la mission de la Fondation intègre maintenant les services sociaux, trois projets ont été financés par la Fondation soit, l'aménagement d'une salle multifonctionnelle au CSLC de Cabano et le prochain aménagement d'une chambre des naissances à l'Hôpital de Notre-Dame-du-Lac. Aussi, 3 000 $ ont été investis pour des équipements destinés à des clientèles spécifiques du CSSST, utilisés dans trois centres de conditionnement physiques du Témiscouata.

De plus, un octroi d'une valeur de 22 085 $, provenant de l'organisme Opération Enfant Soleil a été accordé conjointement au CSSS de Témiscouata et à la Fondation, pour l'achat de deux bilirubinomètres et deux civières hydrauliques pédiatriques.

Finalement, nous tenons à souligner la participation exceptionnelle de la population du Témiscouata, lors de toutes nos activités de financement, ainsi que l'appui inconditionnel de nos précieux partenaires. Nous les remercions de tout cœur, pour leur fidélité et leur dévouement à notre cause.

Michel Bastille, président
Fondation du CSSS de Témiscouata

Lucie Michaud, directrice
Fondation du CSSS de Témiscouata

Annexe A

Résultat au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité 2012-2013

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE TEMISCOUATA(1104-3502)

1.1 Santé publique

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.01.12-EG2 Pourcentage des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les SIPPE	13	84,2	80,0	105,2	80,0	105,2
1.01.12.B1-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatale), au cours de l'année de référence	13	0,14	ND	NA		.
1.01.12.B2-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (Postnatale 1), au cours de l'année de référence	13	0,68	ND	NA		.
1.01.12.B3-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (Postnatale 2), au cours de l'année de référence	13	0,13	ND	NA		.
1.01.12.B4-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (Postnatale 3), au cours de l'année de référence	13	0,04	ND	NA		.
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	13	80,8	65,0	124,2	Aug.	NA
1.01.14-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le DCaT-Polio-Hib dans les délais	13	75,3	85,0	88,5	75,0	100,4
1.01.15-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	13	47,8	85,0	56,2	75,0	63,7
1.01.16.01-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais	13	47,8	85,0	56,2	75,0	63,7

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE TEMISCOUATA(1104-3502)

1.1 Santé publique- Prévention et contrôle des infections nosocomiales

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.01.11A-EG1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSGS	13	0,00	ND	NA		-
1.01.11B-EG1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSLD	13	100,00	ND	NA		-
1.01.17-EG2 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	13	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1.01.18-EG2 Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	13	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE TEMISCOUATA(1104-3502)

1.2 Services généraux - Activités cliniques et d'aide

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.02.02-EG1 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	13	270	868	31,1	ND	NA
1.02.03-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	13	5,50	3,93	139,8	ND	NA
1.02.06-EG2 Nombre de réfugiés ayant bénéficié d'une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique	13	0	ND	NA		-

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE TEMISCOUATA(1104-3502)

1.3 Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.03.05.01-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	13	31877	ND	NA		.
1.03.06-PS Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	13	66,29	73,00	90,8	ND	NA
1.03.08-PS Nombre de places en ressources résidentielles de proximité (Tous les programmes-services)	13	58	ND	NA		.
1.03.09-PS Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des préalables reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée	13	100,0	ND	NA		.

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Indicateur 1.3.5.1 : Le nombre d'heures CES est comptabilisé à partir de la période 9 de l'année financière 2009-2010, l'information n'est pas disponible pour les périodes antérieures.

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE TEMISCOUATA(1104-3502)

1.4 Déficience physique

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.04.03-EGI Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	13	12	28	42,8	28	42,8
1.41.04.01-EGI Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services en établissement - CSSS	13	186	ND	NA		.
1.42.04.01-EGI Nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation de services par personne ayant une déficience physique - CSSS	13	12,7	ND	NA		.
1.45.04.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	88,0	90,0	97,7	ND	NA
1.45.04.02-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	13	0,0	90,0	0,0	ND	NA
1.45.04.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	100,0	90,0	111,1	ND	NA
1.45.04.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	13	90,0	75,0	120,0	ND	NA
1.45.45.00-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	87,9	ND	NA		.
1.45.45.02-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	13	0,0	ND	NA		.
1.45.45.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	88,9	ND	NA		.
1.45.45.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	13	91,3	ND	NA		.

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE TEMISCOUATA(1104-3502)

1.5 Déficience intellectuelle et TED

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.05.13-EG1 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe - CSSS	13	31	27	114,8	27	114,8
1.41.05.01-EG1 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle et TED recevant des services en établissement - CSSS	13	85	ND	NA		-
1.42.05.01-EG1 Nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation de services par personne ayant une déficience intellectuelle et TED - CSSS	13	6,4	ND	NA		-
1.45.05.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	87,5	90,0	97,2	ND	NA
1.45.05.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	80,0	90,0	88,8	ND	NA
1.45.05.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	13	100,0	75,0	133,3	ND	NA

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE TEMISCOUATA(1104-3502)

1.6 Jeunes en difficulté

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.06.01-EG1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	13	649	603	107,6	280	231,7
1.06.02-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	13	5,45	6,46	84,3	7,00	77,8

■ Valeur inférieure à 90 % de l'engagement ■ Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE TEMISCOUATA(1104-3502)

1.7 Dépendances

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.07.05-PS Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	13	30	ND	NA		

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE TEMISCOUATA(1104-3502)

1.8 Santé mentale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.08.05-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	13	12	21	57,1	16	75,0
1.08.06-PS Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	13	0	ND	NA		
1.08.07-EG1 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	13	8,42	12,00	129,8	12,00	129,8
1.08.08-EG1 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	13	0,00	0,00	100,0	0,00	100,0
1.08.09-PS Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	13	181	382	47,3	378	47,8
1.08.10-EG1 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	13	0	ND	NA		0,0

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE TEMISCOUATA(1104-3502)

1.9 Santé physique - Séjour à l'urgence

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.01-PS Séjour moyen sur civière (durée)	13	10,24	11,00	106,9	11,00	106,9
1.09.02-EG1 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	13	11,13	11,00	98,7	11,00	98,7
1.09.03-PS Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	13	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
1.09.04-EG1 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	13	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0
1.09.31-PS Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	13	6,27	ND	NA		0,0

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE TEMISCOUATA(1104-3502)

1.9 Santé physique - Soins palliatifs - Radio-oncologie

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.05-EG1 Nombre d'usagers en soins palliatifs à domicile	13	98	92	106,5	92	106,5
1.09.06-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	13	16,34	16,25	100,5	ND	NA
1.09.33-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	13	100,0	ND	NA		

■ **Valeur inférieure à 90 % de l'engagement** ■ **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE TEMISCOUATA(1104-3502)

1.9 Santé physique- Chirurgie- Nombre

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.11-EG1 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	13	0	ND	NA		-
1.09.12-EG1 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	13	0	ND	NA		-
1.09.13-EG1 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	13	0	ND	NA		-
1.09.14-EG1 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	13	197	234	84,1	ND	NA
1.09.15-EG1 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	13	113	200	56,5	ND	NA
1.09.32.01-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	13	0	ND	NA		0,0
1.09.32.02-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	13	0	ND	NA		0,0
1.09.32.03-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	13	0	ND	NA		0,0
1.09.32.04-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	13	0	0	100,0	0	100,0
1.09.32.05-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	13	0	0	100,0	0	100,0

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE TEMISCOUATA(1104-3502)

1.9 Santé physique- Chirurgie- Durée de l'attente

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.20.01-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	13	0,0	ND	NA		.
1.09.20.02-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	13	0,0	ND	NA		.
1.09.20.03-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	13	0,0	ND	NA		.
1.09.20.04-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	13	100,0	90,0	111,1	90,0	111,1
1.09.20.05-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	13	100,0	90,0	111,1	90,0	111,1

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE TEMISCOUATA(1104-3502)

1.9 Santé physique- Ressources

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
3.07-PS Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	13	1	ND	NA		

■ Valeur inférieure à 90 % de l'engagement ■ Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE TEMISCOUATA(1104-3502)

1.9 Santé physique- Chirurgie- Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.34.01-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	13	0,0	ND	NA		.
1.09.34.02-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	13	34,2	ND	NA		.
1.09.34.03-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	0,0	ND	NA		.
1.09.34.04-EG2 Proportion des demandes de services en attentede moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	0,0	ND	NA		.
1.09.34.05-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	96,2	ND	NA		.
1.09.34.06-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	0,0	ND	NA		.
1.09.34.07-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	13	20,6	ND	NA		.
1.09.34.08-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	98,5	ND	NA		.
1.09.34.09-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	0,0	ND	NA		.
1.09.35.01-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	13	0,0	ND	NA		.
1.09.35.02-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	13	0,0	ND	NA		.
1.09.35.03-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	0,0	ND	NA		.
1.09.35.04-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	0,0	ND	NA		.

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE TEMISCOUATA(1104-3502)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.35.05-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	0,0	ND	NA		.
1.09.35.06-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	0,0	ND	NA		.
1.09.35.07-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	13	0,0	ND	NA		.
1.09.35.08-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	0,0	ND	NA		.
1.09.35.09-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	0,0	ND	NA		.
1.09.36.01-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les graphies	13	100,00	ND	NA		.
1.09.36.02-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les scopies	13	0,00	ND	NA		.
1.09.36.03-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	0,00	ND	NA		.
1.09.36.04-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	0,00	ND	NA		.
1.09.36.05-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	100,00	ND	NA		.
1.09.36.06-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	0,00	ND	NA		.
1.09.36.07-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les autres échographies	13	0,00	ND	NA		.
1.09.36.08-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	100,00	ND	NA		.

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE TEMISCOUATA(1104-3502)

1.9 Santé physique- Chirurgie- Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.36.09-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	0,00	ND	NA		.
1.09.37.01-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	13	100,00	ND	NA		.
1.09.37.02-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	13	0,00	ND	NA		.
1.09.37.03-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	0,00	ND	NA		.
1.09.37.04-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	0,00	ND	NA		.
1.09.37.05-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	0,00	ND	NA		.
1.09.37.06-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	0,00	ND	NA		.
1.09.37.07-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	13	0,00	ND	NA		.
1.09.37.08-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	100,00	ND	NA		.
1.09.37.09-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	0,00	ND	NA		.

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE TEMISCOUATA(1104-3502)

3.1 Ressources humaines

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
3.01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	13	8,17	5,50	51,4	ND	NA
3.05.01-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	13	4,99	5,80	114,0	ND	NA
3.05.02-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	13	3,01	3,05	101,3	ND	NA
3.06.01-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières	13	0,25	0,00	0,0	ND	NA
3.06.02-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	13	0,00	0,00	100,0	ND	NA
3.06.03-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	13	0,00	0,00	100,0	ND	NA

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

Santé et Services sociaux Québec

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE TEMISCOUATA(1104-3502)

4.0 Urgences(Désencombrement)

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
4.01.01-EG2 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	13	1,3	0,0	0,0	ND	NA
4.01.02-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	13	0,2	0,0	0,0	ND	NA
4.01.03-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	13	0,2	0,0	0,0	ND	NA
4.01.04-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	13	0,0	0,0	100,0	ND	NA
4.01.05-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	13	0,1	0,0	0,0	ND	NA
4.01.06-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	13	0,1	0,0	0,0	ND	NA
4.01.07-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	13	0,0	0,0	100,0	ND	NA
4.01.08-EG1 Taux de déclaration (‰) en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	13	2,23	3,66	138,9	ND	NA

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Commentaires sur les ententes de gestion

1.01.14-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le DCaT-Polio-Hib dans les délais
1.01.15-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais
1.01.16.01-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais
Pour respecter et atteindre les résultats au niveau de ces trois objectifs il faut s'assurer de respecter en tous points les délais d'octroi des vaccins. Or, dans une région comme la nôtre, il n'est pas simple d'y arriver puisque nous devons planifier des cliniques de vaccination à dates fixes. Cette réalité a comme effet que les enfants peuvent recevoir un vaccin un peu après la date inscrite dans le protocole, mais ce qui n'empêche pas que le jeune est quand même immunisé. Nos taux de vaccination au Témiscouata sont exemplaires.

Ceci étant dit nous sommes déjà à pied d'œuvre dans ce dossier et nous rencontrons les représentants de l'agence prochainement pour développer des stratégies d'amélioration en lien avec ces indicateurs mais aussi ceux en lien avec les taux de fréquence des visites en prénatal et en postnatal 1 à 3. Un des objectifs que nous avons est de mettre en place des outils cliniques permettant d'uniformiser les contenus de chacune des rencontres pré et postnatales.

1.02.02-EG1 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)
Comme nous l'avons déjà mentionné nous demeurons préoccupés par ce genre d'indicateurs qui nous dicte un nombre de clients desservis par les services généraux puisqu'ils sont contradictoires avec une approche préventive puisqu'ils visent une prise en charge par des intervenants ce qui a pour effet de diminuer les impacts des actions posées en concertation avec les partenaires de notre réseau local de services.

D'autres parts, le nombre moyen d'interventions réalisées en services généraux respecte les attentes ce qui nous porte à croire que nos interventions sont réalisées avec suffisamment d'intensité et de récurrence.

1.04.03-EG1 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe
Ce dossier reste à documenter.

1.45.04.02-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES – PRIORITÉ URGENTE
De façon générale nos taux de demandes respectant les délais sont très bons. Par contre l'absence des différents intervenants en réadaptation rend parfois la tâche complexe mais nous sommes en mesure de répondre aux priorités urgentes.

1.45.05.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED – TOUS ÂGES-PRIORITÉ ÉLEVÉE
Bien que nous n'ayons pas atteint l'objectif notre taux de réponse est présentement très bon à 88,8%.

1.06.02-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)
Nous avons atteint la cible versus le nombre de jeunes pris en charge par nos services. Par contre, ceci étant dit nous demeurons encore convaincus qu'il ne s'agit pas de bons indicateurs qui prennent en considération les interventions en prévention. Au niveau du nombre moyen d'interventions nous sommes en dessous de nos attentes. Peut-être si nous avions vu moins de jeunes aurions-nous atteint cette cible ?

1.08.05-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services
Au niveau de la clientèle suivie au SIV nous ne sommes pas en accord avec les données fournies puisque nous avons 1.8 ETC sur ce dossier et leur charge de cas est bien remplie selon les pratiques probantes soit entre 16 et 18 clients.

1.08.09-PS Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)
Cette année, des absences pour des raisons de maladies au niveau du service social et de la vacance d'un poste de psychologue en santé mentale adulte ne nous a pas permis d'augmenter significativement notre clientèle. Ceci étant dit, nous réitérons notre désaccord avec ce genre de cible pour les raisons déjà émises.

1.09.3-PS Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière
1.09.04-EG1 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus
Un suivi serré est réalisé et ce à tous les jours de la semaine et la fin de semaine afin de stimuler l'ensemble des équipes des urgences à procéder à l'orientation la plus adéquate des clientèles. Le haut taux de consultations pour syndrome d'allure grippale du mois de décembre, janvier et mars ont augmenté le taux d'occupation des lits à l'étage, ce qui a un impact sur le délai d'admission et de séjour à l'urgence.

1.09.14-EG1 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)
La cible de chirurgies d'un jour n'a pu être atteinte car il y a absence de cas sur la liste d'attente. Des démarches ont été entreprises avec l'Agence de santé et de services sociaux du Bas St-Laurent pour voir une possibilité d'optimiser l'utilisation du bloc opératoire.

1.09.15-EG1 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)
La cible de chirurgies d'un jour n'a pu être atteinte car il y a absence de cas sur la liste d'attente. Des démarches ont été entreprises avec l'Agence de santé et de services sociaux du Bas St-Laurent pour voir une possibilité d'optimiser l'utilisation du bloc opératoire.

3.01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées
Les absences en assurance salaire ont davantage touché des personnes détentrices de postes à temps complet et de 7/14.

3.06.01-PS Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières
On retrouve la MOI dans les secteurs spécialisés : urgence et soins intensifs. L'utilisation de la MOI sur une base ponctuelle, a permis de maintenir les services dans ces secteurs et d'éviter l'application du plan de contingence.

4.01.01-EG2 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation /orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)
4.01.02-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)
4.01.03-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)
4.01.05-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale
4.01.06-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale
Nous n'avons pas les mêmes données que l'ASSS. De notre côté, le nombre moyen de patients est de 0 pour ces 4 indicateurs, écarts toutefois non significatifs.

Annexe B

Rapport de l'auditeur indépendant

Aux membres du conseil d'administration du
Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata

Rapport sur les états financiers

Nous avons effectué l'audit des états financiers du Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata inclus dans la section auditée du rapport financier annuel, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2013 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives. Le présent rapport sur les états financiers ne couvre pas les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées présentées aux pages 330, 352, 650 et 660, puisqu'elles font l'objet d'un rapport d'audit distinct.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en oeuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit avec réserves.

Fondement de l'opinion avec réserves

Ainsi qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société Immobilière du Québec sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, plutôt que comme une location-acquisition, conformément à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 «Immobilisations corporelles louées», du Manuel de l'Institut Canadien des Comptables Agréés, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant, comme nous l'avions fait pour les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2013 et 2012 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Opinion avec réserve

À notre avis, à l'exception des incidences des problèmes décrits dans le paragraphe de fondement de l'opinion avec réserve, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata au 31 mars 2013 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation des surplus cumulés, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Rapport relatif à d'autres obligations légales ou législatives

Conformément à l'article 293 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec et à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux, et sur la base des éléments probants obtenus lors de la réalisation de nos travaux d'audit sur les états financiers, à notre avis, dans tous les aspects significatifs, l'établissement s'est conformé:

- aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant, dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses charges;

- aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport annuel;

- aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en ce qui a trait à ses pratiques comptables.

Rapport de l'auditeur indépendant - É/F et autres informations financières — exercice terminé le 31 mars 2013

Nom de l'associé responsable: Denis Dionne, CPA auditeur, C.A.
Comptable professionnel agréé auditeur permis no A108840

Nom de l'auditeur: Raymond Chabot Grant Thornton, SENCRL

Adresse: 813 rue Commerciale Nord
Témiscouata-sur-le-Lac, Qc
G0L 1E0

Téléphone : (418) 854-2122

Télécopieur: (418) 854-0362

Raymond Chabot Grant Thornton SENCRL
L'auditeur

Date : 12 juin 2013

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Exploitation	Immobilisations	Total	
		Ex. courant (r.de p358,C3)	Ex. courant	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
		1	2	3	4
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS (FI:P408)	01	33,932,176	2,037,811	35,969,987	35,333,209
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	02				
Contributions des usagers	03	2,674,219	xxxx	2,674,219	2,492,596
Ventes de services et recouvrements	04	322,289	xxxx	322,289	305,522
Donations (FI:P294)	05		42,055	42,055	379,235
Revenus de placement (FI:P302)	06	29,958		29,958	15,211
Revenus de type commercial	07	153,568	xxxx	153,568	97,555
Gain sur disposition (FI:P302)	08		44,619	44,619	
	09	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	10	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres revenus (FI:P302)	11	271,359	(18,796)	252,563	478,752
TOTAL (L.01 à L.11)	12	37,383,569	2,105,689	39,489,258	39,102,080
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	26,624,337	xxxx	26,624,337	26,324,230
Médicaments	14	1,113,252	xxxx	1,113,252	1,135,016
Produits sanguins	15	317,559	xxxx	317,559	380,596
Fournitures médicales et chirurgicales	16	761,030	xxxx	761,030	720,573
Denrées alimentaires	17	437,994	xxxx	437,994	418,224
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	1,564,068	xxxx	1,564,068	1,325,122
Frais financiers (FI:P325)	19		462,182	462,182	544,641
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	239,976	26,773	266,749	413,946
Créances douteuses	21	6,672	xxxx	6,672	4,131
	22	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	xxxx	1,489,049	1,489,049	1,496,362
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24	xxxx			
	25	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	26	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres charges (FI:P325)	27	5,752,918		5,752,918	5,702,818
TOTAL (L.13 à L.27)	28	36,817,806	1,978,004	38,795,810	38,465,659
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	565,763	127,685	693,448	636,421

Colonne 2: établissements publics seulement

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2013 — AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

	FONDS		TOTAL	
	Exploitation Ex. courant	Immobili. Ex. courant	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
	1	2	3	4
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS.....01	(198,031)	469,445	271,414	(379,653)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser).....02				14,646
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser).....03				
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03).....04	(198,031)	469,445	271,414	(365,007)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE.....05	565,763	127,685	693,448	636,421
Autres variations:				
Transferts interétablissements (préciser).....06				
Transferts interfonds (préciser)F 297, note 1.....07	(264,498)	264,498	0	
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser).....08		xxxx		
.....09	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Total des autres variations (L.06 à L.09).....10	(264,498)	264,498	0	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10) 11	103,234	861,628	964,862	271,414
Constitués des éléments suivants:				
Affectations d'origine externe.....12	xxxx	xxxx		
Affectations d'origine interne.....13	xxxx	xxxx		
Solde non affecté (L.11 - L.12 L.13).....14	xxxx	xxxx	964,862	271,414
Total (L.12 à L.14).....15	xxxx	xxxx	964,862	271,414

Tous les fonds | exercice terminé le 31 mars 2011 | AUDITÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	Fonds		Total	
	Exploitation	Immobilisations	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
	1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse (découvert bancaire)..01	1,755,583	1,074,105	2,829,688	1,458,769
Placements temporaires..02				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:p.362,FI p408)..03	1,296,291	106,695	1,402,986	1,738,562
Autres débiteurs (FE:p360, FI: P400)..04	447,661	54,484	502,145	180,904
..05	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Créances interfonds (dettes interfonds)..06	(41,537)	41,537	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:p362, FI:p408)..07	2,993,397	(3,243,477)	(250,080)	(904,818)
Placements de portefeuilles..08				
Frais reportés liés aux dettes..09		31,388	31,388	16,219
..10	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
..11	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres éléments (FE: p360, FI: p400)..12	83,890		83,890	188,531
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)..13	6,535,285	(1,935,268)	4,600,017	2,878,167
PASSIFS				
Emprunts temporaires (FI: p403)..14		259,841	259,841	581,828
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: p362, FI: p408)..15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: p361, FI: p401)..16	2,720,762	26,550	2,747,312	2,538,017
Avances de fonds en provenance de l'agence enveloppes décentralisées..17	xxxx	356,505	356,505	552,072
Intérêts courus à payer (FE: p361, FI: p401)..18		106,695	106,695	141,386
Revenus reportés (FE: p290 et 291, FI: p294)..19	904,199	988,831	1,893,030	1,515,670
..20	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Dettes à long terme (FE: p361, FI: p403)..21		13,920,056	13,920,056	13,824,247
Passifs environnementaux..22	xxxx			
Passif au titre des avantages sociaux futurs..23	3,326,790		3,326,790	3,165,931
..24	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres éléments (FE: p361, FI: p401)..25	203,682		203,682	266,861
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)..26	7,155,433	15,658,478	22,813,911	22,588,012
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)..27	(620,148)	(17,593,746)	(18,213,894)	(19,709,845)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations (FI: p420, 421, 422)..28	xxxx	18,455,374	18,455,374	19,271,427
Stocks de fournitures (FE: p360)..29	379,560	xxxx	379,560	354,032
Frais payés d'avance (FE: p360, FI: p400)..30	343,822		343,822	355,800
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)..31	723,382	18,455,374	19,178,756	19,981,259
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT..32				
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)..33	103,234	861,628	964,862	271,414

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-05)
Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: établissements publics seulement
L.06, C.3: le montant doit être égal à zéro
L.32 : applicable aux établissements privés seulement

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2013 — AUDITÉE

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

	Fonds		Total	
	Exploitation 1	Immobilisations 2	Ex. courant (C1 + C2) 3	Ex. précédent 4
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS 01	(907,863)	(18,801,982)	(19,709,845)	(20,219,433)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures 02				14,646
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures 03				
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03) 04	(907,863)	(18,801,982)	(19,709,845)	(20,204,787)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200 L.29) 05	565,763	127,685	693,448	636,421
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS				
Acquisitions (FI:P421) 06	xxxx	(672,996)	(672,996)	(1,600,049)
Amortissement de l'exercice (FI:P422) 07	xxxx	1,489,049	1,489,049	1,496,362
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208) 08	xxxx	(44,619)	(44,619)	
Produits sur dispositions (FI:P208) 09	xxxx	44,619	44,619	
Réduction de valeurs (FI:P420,421-00) 10	xxxx			
Ajustements des immobilisations (FI:P420, 421-05) 11	xxxx	xxxx	xxxx	
..... 12	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
..... 13	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13) 14	xxxx	816,053	816,053	(103,687)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE				
Acquisition de stocks de fournitures 15	(3,108,382)	xxxx	(3,108,382)	(3,065,847)
Acquisition de frais payés d'avance 16	(343,822)		(343,822)	(355,800)
Utilisation de stocks de fournitures 17	3,082,854	xxxx	3,082,854	3,047,607
Utilisation de frais payés d'avance 18	355,800		355,800	336,248
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18) 19	(13,550)		(13,550)	(37,792)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés 20	(264,498)	264,498	0	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20) 21	287,715	1,208,236	1,495,951	494,942
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21) 22	(620,148)	(17,593,746)	(18,213,894)	(19,709,845)

Tous les fonds | exercice terminé le 31 mars 2013 | AUDITÉE

État des flux de trésorerie

		Exercice courant	Exercice précédent
		1	2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit)	01	693,448	616,421
Éléments sans incidence sur la trésorerie:			
Créances douteuses	02	6,672	4,131
Provisions liées aux placements et garanties de prêts	03		
Stocks et frais payés d'avance	04	(13,550)	(17,792)
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations	05	(44,619)	
Perte (Gain) sur disposition de placement	06		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations			
Gouvernement du Canada	07		
Autres	08		
Amortissement des immobilisations	09	1,489,049	1,496,162
Réduction de valeur des immobilisations	10		
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	11	10,138	5,076
Amortissement de la perte(gain) de change reporté	12		xxxx
Amortissement de l'escompte et de la prime	13		xxxx
Autres (préciser) Page 695, Note 1	14		34,646
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie (L.02 à L.14)	15	1,447,690	1,502,423
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	16	858,627	(1,944,041)
Flux de trésorie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement (L.01 + L.15 + L.16)	17	2,999,765	194,803
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS			
Immobilisations:			
Acquisitions	18	(672,996)	(1,600,049)
Produits de disposition	19	44,619	
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisations (L.18 + L.19)	20	(628,377)	(1,600,049)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT			
Variation des placements de portefeuilles:			
Placements effectués	21		
Produit de disposition et de rachat de placements	22		
Placements réalisés	23		
Variation d'autres éléments:			
Subvention à recevoir - Réforme comptable	24	(654,738)	(277,513)
Flux de trésorie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement (L.21 à L.24)	25	(654,738)	(277,513)

Tous les fonds | exercice terminé le 31 mars 2013 | AUDITÉE

État des flux de trésorerie (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT			
Variation des dettes:			
Emprunts effectués - Dettes à long terme	01	5,061,473	1,714,120
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	02		
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	03	(781,814)	(751,184)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	04	(4,181,851)	(2,275,992)
Capitalisation de l'escompte et de la prime	05		
Capitalisation des gains ou pertes de change	06		
Variation des emprunts temporaires effectués - fonds d'exploitation	07		
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	08	5,021,863	4,044,037
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	09		
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	10	(284,377)	(10,557)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	11	(5,061,473)	(1,714,119)
Variations d'autres éléments:			
Fonds d'amortissement du gouvernement	12		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de financement (L.01 à L.12)	13	(228,179)	1,006,306
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208.00, L.17+L.20+L.25 + P.208.01, L.13)	14	1,488,471	(676,454)
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15	1,532,520	2,208,975
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)	16	3,020,991	1,532,522
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	17	3,020,991	1,532,522
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18		
Total (L.17 + L.18)	19	3,020,991	1,532,522
AUTRES RENSEIGNEMENTS:			
Immobilisations:			
Comptes à payer sur les immobilisations	20	26,550	
Intérêts:			
Intérêts créditeurs (revenus)	21	472,723	
Intérêts encaissés (revenus)	22	507,513	
Intérêts débiteurs (dépenses)	23	452,044	
Intérêts déboursés (dépenses)	24	486,835	
Placements temporaires			
Échéance inférieure ou égale à 3 mois:			
Solde au 31 mars de l'exercice précédent	25		
Solde au 31 mars de l'exercice courant	26		
Échéance supérieure à 3 mois:			
Solde au 31 mars de l'exercice précédent	27		
Placements effectués	28		
Placements réalisés	29		
Solde au 31 mars de l'exercice courant (L27 + L28 - L29)	30		

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2011 — AUDITÉE

Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement

		Exercice courant	Exercice précédent
		1	2
Avoirs financiers:			
Espèces, effets en main et dépôts en circulation	01	103,758	(104,999)
Débiteurs Agence MSSS	02	185,576	(529,310)
Autres débiteurs	03	(121,241)	224,492
Créances interfonds et interétablissements	04		
Intérêts courus à recevoir sur placement	05		
Frais reportés liés aux dettes	06	(25,307)	(18,570)
Autres éléments d'actifs	07	104,641	(11,785)
Provision pour créances douteuses	08	(6,672)	(4,131)
Escompte ou prime	09		
Chèques en circulation	10	11,803	(120,231)
Créditeurs Agence MSSS	11		
Autres créditeurs et frais à payer	12	209,295	118,016
Intérêts courus à payer sur emprunts	13	(34,691)	(24,612)
Avance de fonds en fidéicomis	14		
Transfert du gouvernement du Canada à rembourser	15		
Dettes interfonds et interétablissements	16		
Provision pour perte sur les interventions financières garanties	17		
Revenus reportés à court terme	18	377,360	(60,406)
Passifs environnementaux	19		
Avances en provenance des agences - enveloppes décentralisées	20	(195,567)	(774,110)
Autres éléments de passifs	21	97,680	(616,465)
Excédent des éléments du passif sur les avoirs financiers reliés au fonctionnement (L.01 à L.21)	22	858,627	(1,944,041)

Notes aux états financiers AUDITÉE

exercice terminé le 31 mars 2013

NOTE 1 - RÉSULTATS

Le résultat des opérations à la page 200, ligne 29 est traité de la façon suivante :

- Le résultat se solde par un excédent des revenus sur les charges au montant de 565 763$ pour le fonds d'exploitation et de 127 685$ pour le fonds d'immobilisations, pour un excédent consolidé de 693 448$. L'excédent est imputé à l'AVOIR PROPRE.

NOTE 2 - STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et des services sociaux. Il a pour mandat de rendre accessible à la population du territoire, de façon équitable et continue, la gamme la plus complète possible de service de promotion-prévention, santé et de services sociaux de base, généraux et spécialisés. Dispenser ces services en différents lieux et le plus près possible des communautés et des milieux de vie de la MRC et ce, en complémentarité et en continuité avec le réseau régional et provincial. Le siège social du centre est situé à Témiscouata sur le Lac. Les points de service sont répartis dans l'ensemble du territoire de la MRC de Témiscouata.
En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu.

NOTE 3 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de l'élément suivant:

- Les immeubles loués auprès de la Société immobilière du Québec (SIQ) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation #2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Les entités incluses dans le périmètre comptable d'un établissement sont énumérées à la note complémentaire 7 ainsi que la méthode de consolidation utilisée.

Une description des biens détenus en fiducie ainsi qu'un sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel ou à la note complémentaire 12.

Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel, les établissements utilisent un fonds d'exploitation et un fonds d'immobilisations.

Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité des établissements est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- Le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).

- Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant à ces immobilisations. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts entre les fonds d'un établissement sont comptabilisés directement à l'état des surplus (déficit) cumulés, et non pas comme une charge au fonds d'origine et un revenu au fonds receveur.

Classification des activités

La classification des activités d'un établissement tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes:

- Activités principales : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'agence.

- Activités accessoires : les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par les établissements dans le cadre de leurs activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Subdivisions des activités accessoires

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial:

Les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent de l'agence, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes publics, etc. Parmi les activités les plus courantes, on retrouve l'enseignement médical, la recherche et la santé au travail.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités.

Un centre d'activités ou un sous-centre d'activités peut être appelé à mesurer ses données selon une ou deux unités de mesure, l'unité A et l'unité B. La définition des unités de mesure et le mode de compilation sont précisés dans chaque centre et sous-centre d'activités. Leur compilation permet à l'établissement d'établir un coût unitaire de production de produits ou de services relié aux coûts directs bruts ajustés lorsque l'on réfère à l'unité A, alors que l'unité B permet de déterminer un coût unitaire de consommation, relié aux coûts directs nets ajustés.

Stocks

Les stocks sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen.

Immobilisations
Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile, à l'exception des terrains et des constructions en cours qui ne sont pas amortis :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max 10 ans)
Matériels et équipements	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Sur la durée du bail ou de l'entente

Frais d'émission et d'escompte liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. Le solde non amorti de l'escompte et des frais d'émission est inclus aux frais reportés liés aux dettes alors que le solde non amorti de la prime est présenté à titre de revenu reporté.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre d'un établissement public ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation de l'agence.

L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique :

Les sommes dont le budget de fonctionnement et les rectificatifs postbudgétaires en provenance d'une entité faisant partie du périmètre comptable du gouvernement, agences, MSSS, etc. sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle surviennent les faits qui leur donnent lieu, dans la mesure où ils sont autorisés, où les critères d'admissibilité sont rencontrés (s'il en est) et où une estimation raisonnable des montants en cause est possible. Les sommes reçues ou à recevoir concernant des revenus qui seront gagnés dans une année ultérieure peuvent faire l'objet d'un revenu reporté dans le cas où les sommes doivent être affectées à des fins prescrites (développement, joueurs pathologiques, etc.) et que les dépenses seront assumées dans le futur.

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement du Québec sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Fonds d'exploitation

exercice terminé le 31 mars 2013 AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Activités principales 1	Activités accessoires 2	Total (C1 + C2) 3	Ex. précédent 4
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS (P362)	01	33,932,176	0	33,932,176	33,471,814
Subventions Gouvernement du Canada (C1:P290/C2:P291)	02				
Contributions des usagers (P301)	03	2,674,219	xxxx	2,674,219	2,492,596
Ventes de services et recouvrements (P320)	04	322,289	xxxx	322,289	305,522
Donations(C1:P290/C2:P291)	05				
Revenus de placement (P302)	06	29,958		29,958	15,211
Revenus de type commercial (P351)	07	xxxx	153,568	153,568	97,555
Gain sur disposition (P302)	08				
	09	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	10	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres revenus (P302)	11	148,532	122,827	271,359	219,583
TOTAL (L.01 à L.11)	12	37,107,174	276,395	37,383,569	36,602,281
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C1:P320/C2:P351)	13	26,491,615	132,722	26,624,337	26,324,330
Médicaments (P333)	14	1,113,252	xxxx	1,113,252	1,135,016
Produits sanguins	15	317,559	xxxx	317,559	380,596
Fournitures médicales et chirurgicales (P340)	16	761,030	xxxx	761,030	720,573
Denrées alimentaires	17	437,994	xxxx	437,994	418,224
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	1,564,068	xxxx	1,564,068	1,325,122
Frais financiers (P325)	19		xxxx		
Entretien et réparations (C1:P650 c/a 7800)	20	239,976		239,976	266,903
Créances douteuses (C1:P301)	21	6,672		6,672	4,131
	22	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	23	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres charges (P325)	24	5,666,151	86,767	5,752,918	5,702,818
TOTAL (L.13 à L.24)	25	36,598,317	219,489	36,817,806	36,277,613
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	508,857	56,906	565,763	324,668